



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

A COMUNICAÇÃO COMO PILAR DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por

Diogo Luís Ribeiro Moura

Porto, março 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**A COMUNICAÇÃO COMO PILAR DO CUIDADO À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

**COMMUNICATION AS THE PILLAR OF CARE FOR THE
CRITICALLY ILL PERSON**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por

Diogo Luís Ribeiro Moura

Sob a orientação de Prof^a. Doutora Amélia Ferreira

Porto, março 2025

RESUMO

Este Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito do 17º edição do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa. O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos da região Norte e em meio de emergência extra-hospitalar também da região Norte, refletindo-se sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A comunicação revelou-se um elemento central no processo de prestação de cuidados, tanto na interação com a equipa como no apoio à família da Pessoa em Situação Crítica. A capacidade de transmitir informações de forma clara e empática demonstrou ser essencial para reduzir a ansiedade dos familiares, fortalecer a confiança na equipa e garantir uma abordagem humanizada no cuidado à pessoa.

Para além disso, ao longo do estágio, foram realizadas atividades complementares que enriqueceram a formação prática. Dentro destas, destaca-se a Via Verde Trauma, uma pesquisa bibliográfica sobre as melhores práticas nesse campo, bem como uma formação sobre a metodologia ISBAR (Identificação, Situação, *Background*, Avaliação e Recomendação) destinada ao INEM, focada na melhoria da comunicação e eficácia na qualidade dos cuidados prestados em situações de emergência. Foi também realizada uma revisão da literatura sobre comunicação, enfatizando a sua importância nas interações com a equipa e familiares, além da sua aplicação no contexto de cuidados intensivos.

Este relatório evidencia a relevância da comunicação, da gestão eficaz e da liderança para a prestação de cuidados humanizados e de qualidade à Pessoa em Situação Crítica respeitando sempre os princípios éticos e legais, reforçando o papel do enfermeiro especialista em promover cuidados seguros e centrados na pessoa, através do desenvolvimento contínuo das suas competências.

Palavras-chave: Enfermeiro, Enfermeiro especialista, Pessoa em Situação Crítica, Unidade de Cuidados Intensivos, Emergência extra-hospitalar, Comunicação.

ABSTRACT

This Internship Report was prepared within the scope of the 17th edition of the Master's Degree in Nursing, specializing in Medical-Surgical Nursing in the field of Nursing for the Critically Ill Person, at the Universidade Católica Portuguesa. The internship took place in an Intensive Care Unit in the northern region and in an out-of-hospital emergency setting, also in the northern region, reflecting on the development of both common and specific competencies of the specialist nurse.

Communication proved to be a central element in the care delivery process, both in interaction with the team and in supporting the family of the Critically Ill Person. The ability to convey information clearly and empathetically was shown to be essential in reducing family anxiety, strengthening trust in the team, and ensuring a humanized approach to patient care.

Furthermore, throughout the internship, complementary activities were carried out to enrich practical training. Among these, the Trauma Green Path stands out, which involved bibliographic research on best practices in this field, as well as training on the ISBAR methodology (Identification, Situation, Background, Assessment, and Recommendation) for INEM, focusing on improving communication and effectiveness in the quality of care provided in emergency situations. A literature review on communication was also conducted, emphasizing its importance in interactions with both the team and family members, as well as its application in the intensive care context.

This report highlights the importance of communication, effective management, and leadership in delivering humanized and quality care to the Person in Critical Condition, always respecting ethical and legal principles. It reinforces the role of the specialist nurse in promoting safe, person-centered care through the continuous development of their competencies.

Keywords: Nurse, Specialist Nurse, Person in Critical Condition, Intensive Care Unit, Out-of-Hospital Emergency, Communication.

PENSAMENTO

Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a comunicação não é apenas uma ferramenta, mas a essência do cuidado. É através das palavras, dos gestos e da escuta que se constrói a ponte entre o profissional, a pessoa e família, permitindo não só a troca de informações, mas também o fortalecimento da confiança, da segurança e da esperança.

Comunicar é cuidar, e cuidar é transformar...

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório marca não apenas o término de uma etapa acadêmica, mas também o início de um novo capítulo na minha trajetória como enfermeiro especialista. Este percurso foi possível graças ao apoio, dedicação e inspiração de muitas pessoas, às quais expresso a minha mais profunda gratidão.

Agradeço, primeiramente, à minha família, pelo apoio incondicional, paciência e palavras de incentivo nos momentos de maior desafio. Vocês são a base de tudo aquilo que eu conquisto.

À minha orientadora Prof^ª. Doutora Amélia Ferreira, pela orientação sábia, disponibilidade e apoio ao longo deste longo percurso.

Às instituições de saúde e às equipas multidisciplinares que me acolheram durante o estágio, deixo o meu sincero agradecimento pela oportunidade de aprendizagem, pela partilha de conhecimentos e pelo ambiente acolhedor que me permitiu crescer profissional e pessoalmente.

Aos meus colegas e amigos, pela partilha de experiências, pela motivação mútua e pelas palavras de apoio que tornaram esta caminhada mais leve e enriquecedora.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a todas as pessoas em situação de maior vulnerabilidade que fui encontrando ao longo deste percurso. Experimentei a essência do cuidado, a importância da escuta ativa e o valor da empatia na prática profissional.

Este relatório é dedicado a todos que acreditam que o cuidado em saúde vai além das técnicas, sendo um ato de humanidade e conexão.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

bpm – Batimentos por minuto

CVC – Cateter Venoso Central

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

DRN – Direção Regional do Norte

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

h - Horas

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MI – Medicina Intensiva

mmHg – milímetros de mercúrio

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAV - Pneumonia associada à ventilação mecânica

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PMA – Posto Médico Avançado

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PSP – Policia de Segurança Pública

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TC - Tomografia Computadorizada

TRTS - *Triage Revised Trauma Score*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVT – Via Verde Trauma

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. OS PRIMEIROS PASSOS	23
3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	26
3.1 Emergência Extra-hospitalar.....	26
3.2 Unidade de Cuidados Intensivos.....	28
4. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	31
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS... 31	
4.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	31
4.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	36
4.1.3 Domínio da gestão dos cuidados	41
4.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	44
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS EEEMC À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	47
4.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	47
4.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	50
4.2.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	54
5. CONCLUSÃO.....	59
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

Apêndices

Apêndice I – Via Verde Trauma

Apêndice II – Via Verde Trauma: Poster

Apêndice III - ISBAR: Abordagem estruturada para uma comunicação segura em saúde

Apêndice IV - ISBAR: Abordagem estruturada para uma comunicação segura em saúde:
Apresentação

Apêndice V – “A comunicação e o suporte à família da Pessoa em Situação Crítica em Unidades de Cuidados Intensivos: uma revisão da literatura”

Apêndice VI – “A comunicação e o suporte à família da Pessoa em Situação Crítica em Unidades de Cuidados Intensivos: uma revisão da literatura: *Poster*”

1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio intitulado “A Comunicação como Pilar do Cuidado à Pessoa em Situação Crítica” insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC): Estágio Final e Relatório, integrado na 17ª edição do Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) - Porto. Esta UC teve início a 2 de setembro de 2024 e término a 18 de dezembro desse mesmo ano, com duração de 840 horas (h) das quais 400h de contacto distribuídas por 2 contextos de estágio (360h de contacto (180h+180h), 20h de orientação tutorial e 20h de seminários) e 440h de trabalho individual, dos quais, pelo menos, 200h para elaboração do Relatório Final, sendo-lhe atribuído o valor de 30 *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS).

O primeiro contexto de estágio ocorreu entre 2 de setembro de 2024 e 24 de outubro de 2024, com duração total de 180h. Decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), com a seguinte distribuição de carga horária, 6h no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), 40h na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e 134h nas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV). O segundo contexto decorreu entre 24 de outubro de 2024 e 18 de dezembro de 2024 num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) pertencente a um hospital da região do Norte. Estes estágios foram realizados sob a orientação de um professor da faculdade e tutoria de enfermeiros das respetivas instituições, ambos mestres ou especialistas em EMC na área de enfermagem à PSC.

A escolha do SMI e do contexto de emergência extra-hospitalar para este estágio prende-se com a necessidade de desenvolver competências técnico-científicas altamente especializadas, essenciais no cuidado à PSC. O SMI oferece uma oportunidade única de aprofundar conhecimentos em monitorização avançada, intervenções complexas e a gestão de situações que requerem decisões rápidas e precisas e, por outro lado, o contexto de emergência extra-hospitalar complementa esta experiência ao ampliar a visão para além do ambiente controlado do hospital, permitindo uma atuação em cenários diversos, onde a adaptação, a comunicação eficaz e o pensamento crítico são essenciais. Esta combinação proporciona a união entre os cuidados intensivos e a capacidade de resposta em situações de emergência, reforçando o compromisso com a excelência na prática de enfermagem.

A PSC é aquela cuja vida está ameaçada devido à falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de cuidados intensivos, monitorização contínua e terapias avançadas. Os cuidados de enfermagem prestados a estas pessoas são altamente especializados e fornecidos de forma contínua, com o objetivo de atender às suas necessidades que se encontram alteradas, mantendo as funções vitais essenciais, prevenindo complicações e limitando sequelas, sempre com a meta de promover a recuperação completa (Ordem dos enfermeiros, 2011).

A comunicação pode ser definida como o processo de transmissão e receção de mensagens, que envolve a troca de informações, sentimentos e ideias entre indivíduos (Silva, 2021). No contexto da enfermagem, esta competência assume um papel crucial, sendo fundamental para garantir uma prestação de cuidados eficaz e humanizada. A escolha do título “A comunicação como pilar do cuidado à Pessoa em Situação Crítica” prende-se com o facto de a comunicação ser um elemento indispensável na prática de enfermagem, influenciando diretamente a segurança da pessoa, a qualidade dos cuidados prestados e a eficiência da equipa multiprofissional. Um processo comunicacional eficiente possibilita a transmissão clara e objetiva de informações, reduzindo a ocorrência de erros e promovendo uma assistência mais humanizada e centrada na pessoa.

A comunicação em enfermagem pode ser classificada em diferentes tipos: a comunicação verbal, que envolve a fala e a linguagem escrita, sendo fundamental para a transmissão de instruções, esclarecimento de dúvidas e estabelecimento de vínculo terapêutico; a comunicação não verbal, que por sua vez, manifesta-se através de expressões faciais, contacto visual, gestos e postura corporal, complementando ou, em alguns casos, contradizendo a mensagem verbal. No contexto clínico, a comunicação escrita é indispensável para os registos, assegurando a continuidade dos cuidados e a segurança do pessoa; por fim, a comunicação tecnológica refere-se ao uso de ferramentas digitais, como plataformas e sistemas de registo clínico, que facilitam a troca de informações entre profissionais de saúde e melhoram a eficiência dos serviços prestados (Silva et al., 2021).

A comunicação eficaz melhora a relação entre enfermeiros e as pessoas, contribuindo para a adesão ao tratamento e para o bem-estar emocional de cada pessoa. Segundo Pinho (2020), a comunicação no cuidado especializado à PSC é essencial para garantir a prestação de cuidados mais humanizada e segura em ambientes como as UCI e de emergência extra-hospitalar.

Desde cedo percebi que a prática de cuidados à PSC era aquilo que me despertava maior interesse e, por esse facto, justifica-se a inscrição neste mestrado, para que possa desenvolver competências e habilidades que me permitam ser cada vez melhor profissional e, conseqüentemente, prestar melhores cuidados de enfermagem, pelo que importa contextualizar o percurso académico prévio. Licenciado pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro em 2021, a minha experiência profissional como enfermeiro teve início em agosto desse mesmo ano, onde dei os meus primeiros passos num Serviço de Atendimento Permanente até agosto de 2022, acumulando funções em regime de *part-time* na mesma instituição num internamento cirúrgico e de medicina. Em setembro de 2022 iniciei funções, num Serviço de Urgência (SU) Polivalente Adultos, onde exerço até então. Acumulo funções desde maio de 2023 em regime de *part-time* numa Clínica de Hemodiálise privada.

Tendo em conta os objetivos deste mestrado e as especificidades dos contextos de estágio, este trabalho tem como principais objetivos:

- Demonstrar o percurso para a aquisição e desenvolvimento de competências;
- Refletir e descrever criticamente as atividades realizadas e competências desenvolvidas no decorrer do estágio;
- Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções para cada situação problema;
- Relatar as situações problema mais complexas e comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes;
- Servir como instrumento de avaliação para a obtenção do grau de mestre.

Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro faz-se referência à introdução, no segundo uma breve caracterização do primeiro contexto de estágio e no terceiro capítulo é realizada a caracterização dos restantes contextos de estágio. No quarto capítulo é realizada uma análise crítica/reflexiva das atividades e competências desenvolvidas e, por último, no quinto capítulo, as considerações finais.

A metodologia utilizada será de natureza crítico-reflexiva, abordando os aspetos relacionados com as atividades realizadas e as competências adquiridas. Adotou-se como norma de referência bibliográfica a *American Psychological Association* (7ª edição), bem como as recomendações da UCP.

2. OS PRIMEIROS PASSOS

Este percurso para obtenção do grau de mestre teve início na UC: “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica” que foi realizado num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) de um hospital da região Norte do país, no período compreendido entre a 06 de maio 2024 e 13 de julho de 2024, com duração de 420h das quais 216h de contacto (180h de contacto, 12h de orientação tutorial e 24h de seminários) e 204h de trabalho individual tendo uma ponderação final de 15 ECTS.

A rede nacional de urgência é constituída pelos serviços de urgência básica (SUB) integrados nos cuidados de saúde primários, pelos SUMC e serviços urgências polivalentes (SUP). Estes serviços estão organizados segundo hierarquias, articuladas entre si, com a coordenação da referenciação pré-hospitalar do INEM (INEM, 2023).

O SUMC é denominado como o segundo nível de acolhimento em situações de urgência, servindo de apoio diferenciado à rede de SUB e posterior referenciação para os SUP, em situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC. Nos SUMC é mandatória a existência de equipamentos mínimos e determinadas valências médicas, nomeadamente, medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório (em permanência), imagiologia (Raio X, ecografia simples, Tomografia Computadorizada (TC)) e patologia clínica (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

No decorrer deste ensino clínico foi-me possível desenvolver diversas competências, das quais destaco: a capacidade de avaliação rápida e tomada de decisão em situações críticas através da realização de avaliações clínicas céleres e precisas, utilizando raciocínio crítico de forma a priorizar intervenções; o domínio técnico e científico para realizar intervenções avançadas como o suporte avançado de vida (SAV), administração de terapêutica emergente e utilização de dispositivos tecnológicos para monitorização e intervenção; a gestão eficaz dos cuidados em cenários de alta complexidade, coordenando de forma eficiente as intervenções em cenários de alta pressão, garantindo a estabilização da PSC e continuidade de cuidados. Desenvolvi ainda habilidades de comunicação assertiva, fundamentais para coordenar equipas multidisciplinares e informar as PSC e família, além de resiliência emocional para atuar sob pressão. A liderança no planeamento e execução dos cuidados e o compromisso com a segurança e a qualidade são igualmente

competências chave, garantindo uma atuação baseada na evidência e cada vez mais na humanização dos cuidados.

No sentido de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, surgiu a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica estruturada sobre a Via Verde Trauma (VVT), que se encontrará em apêndice (Apêndice I, II), onde desenvolvi uma formação para apresentação à instituição e todo o material de suporte para que se apoiem na melhor e mais atual evidência científica. No fundo, foi uma formação para a equipa de forma a sensibilizar para a real importância da implementação desta via verde no SU em questão. A escolha desta temática prende-se com facto deste estágio se realizar num serviço que é referência para elevado número de população, cerca de 520 mil pessoas, com elevadas admissões no que diz respeito a vítimas de trauma.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O primeiro contexto de estágio ocorreu entre 2 de setembro de 2024 e 24 de outubro de 2024 no INEM da DRN, com a seguinte distribuição de carga horária: 6h no CODU, 40h na VMER e 134h nas ambulâncias SIV. O segundo contexto decorreu entre 24 de outubro de 2024 e 18 de dezembro de 2024 num SMI pertencente a um hospital da região do Norte do país.

3.1 Emergência Extra-hospitalar

O INEM é um organismo público com autonomia administrativa e financeira, com património próprio. Pertence à administração indireta do Estado e tem como principal função executar as competências atribuídas ao Ministério da Saúde, atuando sob a supervisão e orientação direta do respetivo ministro ou de quem este delegue. Através da aprovação do Decreto-Lei nº52/2022 o INEM passa a integrar o Sistema Nacional de Saúde (INEM, 2024).

Os principais objetivos são a garantir que as pessoas que sofrem acidentes ou doenças súbitas recebam cuidados de saúde rápidos e adequados, através do correto funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) em território de Portugal continental. Isto inclui a prestação de cuidados no local da ocorrência, o transporte assistido para as respetivas unidades de saúde e a coordenação entre os diferentes estabelecimentos hospitalares (Decreto-Lei nº34/2012).

O INEM é representado pelas suas delegações regionais nas suas respetivas áreas geográficas e promovem a coordenação das entidades que integram o SIEM. Também são responsáveis por garantir a aplicação das normas clínicas e técnicas, assim como pela eficiência do funcionamento do CODU e da rede de meios de emergência médica. Existem atualmente 4 delegações regionais, a Delegação Regional do Norte (onde foi realizado estágio final), a Delegação Regional do Centro, a Delegação Regional de Lisboa, Vale do Tejo e Alentejo e, a mais recente criação, a Delegação Regional do Algarve (Decreto-Lei nº34/2012).

Prestam cuidados de emergência médica no local antes da chegada ao hospital e realizam o transporte para as unidades de saúde apropriadas, utilizando os seguintes recursos: serviço de helicópteros de emergência médica, VMER, ambulâncias de transporte inter-hospitalar pediátrico, ambulâncias SIV, ambulâncias de emergência

médica, motocicletas de emergência médica, unidades móveis de intervenção psicológica de emergência e ambulâncias de socorro (INEM, 2024).

O instituto intervém em várias áreas relacionadas com a emergência médica. É responsável pela gestão do SIEM, assegurando a coordenação entre entidades e o funcionamento do CODU. Também promove a formação de profissionais e cidadãos em técnicas de emergência, além de participar na resposta a catástrofes e situações de grande escala. O INEM trabalha em articulação com outras entidades de saúde e investe em inovação tecnológica para melhorar a eficiência dos serviços (INEM, 2024).

As VMER são veículos de emergência destinados a prestar cuidados médicos pré-hospitalares às PSC, quando ativados pelo CODU (INEM, 2022). Após a ativação, a equipa (médico e enfermeiro) desloca-se ao local e realiza uma avaliação rápida e sistemática da PSC, identificando as prioridades de intervenção, seguindo os protocolos (ABCDE) e aplicando técnicas de SAV, como monitorização dos sinais vitais, estabilização, reanimação e intervenções específicas para a situação de cada pessoa (Pereira, 2020).

As ambulâncias de SIV visam estabilizar pessoas em situações de emergência, fornecendo suporte intermediário até a chegada de recursos mais especializados, como as VMER, ou até à transferência para uma unidade hospitalar (Silva et al., 2021). Desempenha um papel crucial na “cadeia de sobrevivência”, proporcionando uma resposta rápida e qualificada que estabiliza a pessoa antes do transporte para uma unidade de saúde. Esta resposta rápida contribui diretamente para melhorar as taxas de sobrevivência em situações de emergência estando, por este facto, distribuídas estrategicamente pelo território nacional para reduzir o tempo de resposta, garantindo acesso rápido a cuidados em áreas urbanas e mais remotas. As equipas SIV são formadas por enfermeiro e um técnico de emergência médica (INEM, 2022).

Quer a VMER quer a SIV atuam de forma integrada com outros recursos de emergência, como bombeiros e ambulâncias, para garantir uma resposta coordenada e eficiente, portanto são uma peça fundamental do SIEM, pois permitem uma resposta rápida e qualificada, aumentando significativamente as taxas de sobrevivência em situações de risco ou exceção (INEM, 2022).

A qualidade neste instituto é garantida por diversas práticas que asseguram uma prestação eficiente de cuidados de emergência médica, adotando rigorosamente normas

clínicas e técnicas, com profissionais bem preparados e meios de emergência prontos para responder rapidamente. A formação contínua é uma prioridade, tanto para os próprios profissionais do INEM quanto para as entidades que integram o SIEM. Além disso, algumas áreas têm certificações de qualidade, reforçando as boas práticas na gestão e prestação de cuidados. Um aspeto de extrema importância é a realização de auditorias e avaliações periódicas para identificar melhorias, investindo em tecnologia e inovação para otimizar a gestão de emergências (INEM, 2024).

3.2 Unidade de Cuidados Intensivos

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) surgiram como uma resposta às necessidades de monitorização e tratamento intensivo. A criação da primeira UCI dá-se, em 1953, durante a epidemia de poliomielite em Copenhaga. Foi criada uma unidade centralizada onde as pessoas com insuficiência respiratória eram tratadas com ventilação mecânica manual, marcando o início da medicina intensiva moderna (Söderström et al., 2020).

Nos anos 1960, as UCI expandiram-se pelo mundo, particularmente provocadas pelo avanço da ventilação mecânica e pela monitorização invasiva. Hoje, as UCI são uma parte essencial dos sistemas de saúde, fornecendo cuidados especializados para as PSC que requerem suporte vital avançado (Vincent et al., 2016).

Em Portugal, as UCI foram desenvolvidas de acordo com a evolução global da medicina intensiva (MI) durante as décadas de 1950 e 1960. A crescente relevância da MI no contexto hospitalar levou à sua consolidação no organigrama das instituições de saúde. Em diversos hospitais portugueses, verificou-se a constituição de quadros especializados em MI, acompanhada pela transição das UCI para os SMI. Nos hospitais de maiores dimensões, observou-se a integração de várias UCI, bem como a combinação de camas de nível III (intensivas) e de nível II (intermédias) dentro de um único SMI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2020).

As camas de nível III, habitualmente designadas como intensivas, destinam-se a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e que, por isso, requerem duas ou mais formas de suporte orgânico. Por outro lado, as camas de nível II, conhecidas como intermédias, são destinadas a pessoas que necessitam de monitorização multiorgânica e suporte de uma única função, sem a necessidade de ventilação mecânica invasiva (SNS, 2017).

O rácio entre enfermeiros e PSC deve ser ajustado de forma flexível, tendo em conta os níveis de cuidados necessários, bem como o perfil e a missão da unidade. Na prestação direta dos cuidados de enfermagem, e de acordo com o Regulamento n.º 533/2014 – Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 233, de 2 de dezembro, é recomendado os rácios mínimos de 1:2 para camas de nível III e de 1:3 para camas de nível II.

Neste caso, o estágio decorreu numa unidade de nível III de um hospital da região Norte, com um rácio enfermeiro/PSC de 1:2. Esta unidade tem capacidade para 10 pessoas, podendo três delas serem convertidas em quartos de isolamento dotados de pressão positiva e negativa. Dispõe de um grupo de enfermeiros altamente diferenciados desde enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC) devidamente preparados para a prestação de cuidados a este nível.

A organização da Unidade, segue um modelo de gestão vertical, fundamentado nos princípios da Escola Científica e Clássica de Administração. Contudo, é promovido continuamente a participação ativa de todos os enfermeiros no processo organizacional, de modo a assegurar o envolvimento coletivo da equipa de enfermagem no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Desde setembro de 2016, integraram o SMI, a UCI Polivalente e a Unidade Intermédia Polivalente, passando a agregar-se num único serviço. Mantêm-se unidades fisicamente separadas e com equipas de enfermagem distintas, mas com o mesmo enfermeiro gestor.

A equipa de enfermagem da UCI Polivalente é constituída por 31 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: 1 Enfermeiro Gestor, 18 EEEMC, 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 12 enfermeiros de cuidados gerais. A prestação de cuidados é de acordo com o método individual de trabalho liderado por um EEEMC (responsável de turno).

4. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744), define o mesmo como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuída”. Este título pressupõe ainda que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Em seguida será realizada uma análise crítico-reflexiva dos objetivos traçados no projeto que vão de encontro àquilo que é definido pelas competências do EE. Assim, desta forma, reflete-se criticamente sobre o meu desempenho como futuro EEEMC na área de enfermagem à PSC, relacionando os objetivos por mim propostos com as experiências de estágio e as competências específicas do EEEMC.

As “competências comuns” referem-se às habilidades compartilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialidade. Essas competências evidenciam-se por uma alta capacidade de planear, gerir e supervisionar cuidados, bem como por fornecer um suporte eficaz ao exercício especializado da profissão, englobando também formação, investigação e auditoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As “competências específicas” são aquelas que surgem das respostas humanas aos processos de vida e aos desafios de saúde, em alinhamento com o campo de atuação designado para cada especialidade. Estas competências destacam-se pela capacidade de adaptar os cuidados de forma precisa às necessidades de saúde de cada pessoa (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

4.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é essencial para EE, especialmente aqueles que trabalham quer em ambientes de emergência pré-hospitalar, como é o caso do estágio realizado no INEM, quer em contextos de UCI. Esta competência abrange a capacidade de agir com responsabilidade, respeitando princípios éticos, normas legais e padrões da prática de enfermagem. É crucial para garantir a

segurança e o bem-estar das PSC e família em cenários de elevada complexidade do ambiente e dos dilemas éticos frequentemente presentes em cada contexto.

No que diz respeito aos aspetos relacionados com este domínio, foi possível vivenciar algumas experiências que me permitiram adquirir e desenvolver algumas competências comuns dos EE, tais como: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4145).

Objetivei no início do presente estágio, no que diz respeito a esta competência: “prestar cuidados com a máxima responsabilidade profissional, ética e legal na prática de enfermagem”, “compreender a dinâmica funcional do INEM e UCI”, “desenvolver competências na área da comunicação, no relacionamento com a PSC e família/cuidador assim como com a equipa multidisciplinar” e “demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.”.

Em contexto de emergência, como é o da PSC em ambiente extra-hospitalar, obter consentimento para intervenções é geralmente muito difícil, principalmente em casos críticos ou quando a pessoa está inconsciente. Nesse contexto, torna-se imperativo aplicar o princípio do "consentimento presumido", onde se considera que a prestação de cuidados é realizada no sentido de respeitar o melhor interesse da pessoa. Segundo a legislação sempre que, devido a uma situação de urgência, não for possível obter o consentimento adequado, pode-se realizar de imediato a intervenção médica essencial para preservar a saúde da pessoa envolvida (Conselho Europeu, 1997). Antes de cada procedimento, tentava sempre explicar a intervenção para obter o consentimento da pessoa sob cuidados. Nos casos em que a pessoa apresentava alteração do estado de consciência ou ~~incapaz~~ incapacidade de expressar as suas vontades, seguia as diretrizes do artigo 8º da Resolução 01/2001, que aprova a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano frente às Aplicações da Biologia e da Medicina (1998).

A ética na prática de EMC abrange princípios fundamentais como a beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O EE deve sempre agir no melhor interesse da pessoa, evitando causar danos e respeitando as suas decisões e direitos. Isso inclui a obrigação de manter a confidencialidade das informações e de obter o consentimento informado antes de qualquer procedimento. Comprometendo-me com uma prestação de cuidados justos, o que implica tratar todas as pessoas de forma equitativa, independentemente das suas

condições socioeconómicas, culturais ou pessoais (Morton et al., 2017). Aquando do transporte da pessoa para o hospital, seja este em meio SIV ou VMER, a informação por mim transmitida aos pares foi apenas os dados necessários para garantir uma continuidade de cuidados segura e eficaz, respeitando desta forma a confidencialidade dos dados transmitidos.

Os dilemas éticos na enfermagem surgem diante da incerteza sobre a melhor decisão a ser tomada, especialmente quando estão em questão a dignidade, os direitos e a vontade da pessoa. Estas situações podem gerar dúvidas ou conflitos na escolha das intervenções de enfermagem. Para tomar decisões eticamente adequadas, os enfermeiros contam com diversos fatores que influenciam e orientam as suas ações, fatores esses de natureza multidimensional que incluem aspetos éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídicos, tornando o processo de decisão complexo e repleto de incertezas (Dalla et al., 2016). O processo de tomada de decisão ética envolve escolher entre duas ou mais opções para resolver um problema. A identificação do problema é apenas a primeira etapa de um processo cognitivo estruturado. Quando se toma uma decisão, após identificação do problema, a sua eficácia é avaliada para verificar o impacto e a adequação da solução final (Deodato, 2014). Segundo o mesmo autor, decisões em enfermagem podem trazer consequências relacionadas às ações realizadas, uma vez que o enfermeiro antecipa os possíveis resultados ao planear cuidados com objetivos e expectativas definidas. Cada ação é sujeita a avaliação posterior, o que atribui ao enfermeiro a responsabilidade pelas escolhas feitas no exercício da sua prática.

No que diz respeito à autonomia da pessoa é importante considerar as suas decisões, mesmo quando estas entram em conflito com uma opinião médica. Uma situação com que me deparei na UCI diz respeito à PSC com ventilação mecânica admitida pelo SU, que possuía uma diretiva antecipada de vontade (DAV), estipulando a recusa de intervenções invasivas adicionais, que só foi descoberta no ambiente da UCI. Nestes casos, cabe aos profissionais de saúde respeitar essas orientações, mesmo que haja um entendimento clínico de que o tratamento poderia prolongar a vida. A DAV é um instrumento jurídico e ético fundamental que protege a liberdade e a autonomia da pessoa, permitindo que esta exprima, de forma informada, as suas preferências sobre cuidados de saúde futuros. Assim, evita-se a imposição de tratamentos indesejados e assegura-se que as intervenções estejam alinhadas com os valores e crenças de cada pessoa (Santos et al., 2022).

Do ponto de vista ético, a DAV fundamenta-se no princípio da autonomia, conforme descrito por (Beauchamp et al., 2013), e reforça a importância do consentimento informado. Legalmente, em Portugal, a DAV está regulamentada pela Lei n.º 25/2012 (2012), que permite ao indivíduo registar as suas preferências através do Registo Nacional do Testamento Vital. Este instrumento também auxilia os profissionais de saúde a tomarem decisões em conformidade com a vontade da pessoa, reduzindo dilemas éticos e conflitos familiares.

Relativamente ao princípio do respeito da autonomia, numa das saídas nas ambulâncias de SIV, fomos ativados para uma alteração do estado de consciência numa senhora com Diabetes Mellitus tipo I. Há nossa chegada realizamos uma rápida abordagem ABCDE, e detetamos uma hipoglicemia de 40mg/dl, iniciamos imediatamente uma correção com 2 ampolas de glicose hipertónica e suspendemos a sua bomba perfusora de insulina continua. Passados alguns minutos recupera o estado de consciência, oferecemos-lhe um pão e um sumo e propomos transporte para avaliação em meio hospitalar, que foi recusada. Explicamos os riscos de recusar o transporte e a importância de monitorizar a sua glicemia durante as próximas horas de forma regular, mas, mesmo assim, decidiu assinar o termo de recusa de transporte. Cabe à equipa aceitar e respeitar esta decisão e de novo realizar ensinamentos, para que seja uma decisão com toda a informação relativamente a este assunto. Neste caso, para além de respeitar a confidencialidade da pessoa, é importante assegurar que ela entende os riscos de não ir ao hospital após corrigir uma hipoglicemia. Ao recusar o transporte é necessário documentar a recusa com uma assinatura, indicando que ela foi informada e assumiu a responsabilidade. Em situações como esta, o enfermeiro garante que a decisão da pessoa é respeitada enquanto preserva a ética e o cuidado.

Um dos valores centrais da prática de enfermagem é a prestação de cuidados de forma justa e igualitária, independentemente das características de cada pessoa. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2005), Artigo n.º 81.º - Dos valores humanos, o enfermeiro deve cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa. Os EE são detentores de juízo crítico para priorizar cuidados baseando-se exclusivamente na gravidade clínica, sem discriminação.

Num turno realizado na VMER fomos ativados para um indigente com dispneia e em hipotermia. Ao chegarmos ao local comunicamos de forma clara, explicando cada passo da nossa abordagem, incluindo a necessidade de aquecimento e possível transporte

hospitalar. Foi realizada uma avaliação e tratamento como a qualquer outra PSC, documentadas as informações pertinentes, realizado transporte ao hospital correspondente e sinalizado o estado de vulnerabilidade deste indivíduo. Esse compromisso com a igualdade e a justiça demonstra que a condição social ou aparência da pessoa não influencia a qualidade do atendimento, apenas as necessidades clínicas são e devem ser consideradas. Desta forma, o respeito pela dignidade e o direito ao cuidado equitativo são mantidos alinhados com os princípios éticos da enfermagem.

A responsabilidade ética e profissional inclui, também, colaborar de maneira eficaz com outros profissionais da saúde, garantindo que o cuidado à PSC seja coordenado e seguro. A comunicação deve ser aplicada de forma clara e direta com os membros da equipa, sejam estes médicos, bombeiros ou técnicos, especialmente em situações de alta complexidade, para que sejam garantidos cuidados eficientes. Por exemplo, ao comunicar más notícias a familiares, o uso de protocolos estruturados, como o SPIKES, ajuda a garantir empatia e clareza, fortalecendo a confiança na equipa (Moritz et al., 2014). Lopes (2019) corrobora esta ideia reforçando que a partilha de más notícias representa um dos desafios mais exigentes para os profissionais de saúde. Salienta ainda que uma comunicação empática e bem estruturada é essencial para atenuar o impacto emocional e facilitar a compreensão da situação por parte da pessoa e dos seus familiares. Para esse efeito, é recomendada a aplicação do protocolo SPIKES (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy*), que orienta a transmissão de informações sensíveis de forma clara, humanizada e com respeito.

Um exemplo prático comum na UCI é a prestação de cuidados às pessoas em estado vegetativo, nos quais surgem discordâncias entre familiares sobre a continuidade ou interrupção do suporte vital. Nessas circunstâncias, é essencial que os profissionais de saúde recorram ao quadro legal para orientar a conduta, mantendo uma comunicação aberta e tendo um papel de mediador de conflitos (Beauchamp et al., 2013). Para além disto, a decisão de implementar ou suspender intervenções invasivas requer uma cuidadosa avaliação entre evidências clínicas, valores éticos e preferências da pessoa ou da família, sempre na tentativa de minimizar danos e promover a qualidade de vida, mesmo em situações que se preveem maus desfechos (SIAARTI, 2017).

Enquanto futuro EE comprometo-me a aplicar as competências neste contexto desenvolvidas, oferecendo cuidados justos e éticos a todos as pessoas, independentemente da sua condição social ou circunstâncias pessoais. Esta prática não só reforça a dignidade

e os direitos das pessoas, mas também fortalece a confiança pública nos serviços de saúde. Assim, a atuação ética e imparcial é essencial para a prestação de cuidados seguros e justos, reafirmando a responsabilidade do enfermeiro para com a sociedade e a profissão.

4.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade é um domínio essencial para garantir a excelência no cuidado às pessoas e a evolução constante das práticas de enfermagem. Este domínio envolve a implementação de estratégias e processos que visam aprimorar a eficiência, a eficácia e a segurança dos cuidados prestados, bem como a satisfação das pessoas e profissionais de saúde.

É esperado que, neste domínio, o EE desenvolva as seguintes competências: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745).

No que diz respeito a este domínio, objetivei: “promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados oferecidos e o aprimoramento das aprendizagens profissionais”, “servir como facilitador da aprendizagem profissional e participar ativamente no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem”, “incentivar a integração de saberes de diferentes áreas na prestação de cuidados, visando a melhoria contínua da qualidade” e “contribuir para a revisão e/ou implementação de programas de melhoria contínua da qualidade”.

A qualidade pode ser operacionalizada em 6 dimensões: Segurança (*Safety*): Evitar que as pessoas sofram danos decorrentes dos cuidados destinados a ajudá-los; Efetividade (*Effectiveness*): Prevenir tanto a subutilização quanto a utilização excessiva dos cuidados de saúde; Centralidade na pessoa (*Patient-Centeredness*): Oferecer cuidados que respeitem e considerem as necessidades e preferências individuais das pessoas; Oportunidade (*Timeliness*): Intervir no momento adequado para atender às pessoas; Eficiência (*Efficiency*): Evitar desperdícios de recursos no processo de prestação de cuidados de saúde e Equidade (*Equitability*): Garantir uma qualidade consistente e igualitária para todas as pessoas, sem discriminação (Lage et al., 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que para os cuidados serem de qualidade devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados na pessoa, equitativos e seguros (OMS, 2020). A segurança da pessoa é vista como um elemento central nos esforços para aprimorar a qualidade dos cuidados. Nesse contexto, cuidados seguros funcionam como um indicador da eficácia do sistema em promover melhorias na qualidade dos serviços oferecidos.

A segurança da pessoa é uma preocupação global que tem merecido intervenção das principais organizações científicas internacionais. Da mesma forma, em Portugal, foi implementado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, em conformidade com as recomendações do Conselho da União Europeia. Este plano serve como referência para a adoção de boas práticas de segurança e está estruturado em 5 cinco pilares: Cultura de Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança; Práticas Seguras em Ambientes Seguros (DGS, 2022).

No pilar “cultura de segurança” é enfatizada a importância de um ambiente onde todos os profissionais se sintam seguros para reportar incidentes e preocupações sem medo de represálias. Fomentar uma cultura que prioriza a segurança é essencial para a melhoria contínua dos serviços de saúde (DGS, 2022).

A liderança e governança efetiva é crucial para a implementação das estratégias de segurança. Este pilar envolve a criação de estruturas de governança que assegurem a responsabilidade e a supervisão contínua das práticas de segurança no atendimento à pessoa (DGS, 2022), e neste sentido participei no processo de supervisão de pares em meio SIV. A supervisão clínica consiste num sistema dinâmico, interpessoal e estruturado que visa oferecer suporte, acompanhamento e desenvolvimento das competências profissionais. Este processo é realizado por meio da reflexão, assistência, orientação e monitorização, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, proteger e assegurar a segurança das pessoas, além de aumentar a satisfação profissional (França et al., 2015). Esta abordagem promove um ambiente de aprendizagem contínuo, enquanto asseguram que os cuidados prestados sejam de alta qualidade e alinhados às necessidades de cada pessoa.

O terceiro pilar diz respeito à comunicação. Com objetivo que esta seja clara e eficaz, entre todos os intervenientes do sistema de saúde, é fundamental garantir que todos estejam informados sobre os cuidados e procedimentos realizados (DGS, 2022).

Com o objetivo de padronizar as práticas de comunicação entre os profissionais e garantir que as informações sobre as pessoas sejam transmitidas de forma precisa e oportuna reduzindo, os riscos de eventos adversos e, conseqüentemente, a mortalidade, surge a Norma n.º 001/2017 (2017) publicada pela Direção Geral da Saúde (DGS) que recomenda a utilização da técnica ISBAR: I (Identificação), S (Situação atual), B (Antecedentes), A (Avaliação) e R (Recomendações) como método de eleição para a transmissão de cuidados prestados. A norma referida anteriormente reforça que o plano anual de formação de cada instituição deve incluir a capacitação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, abrangendo a técnica ISBAR (DGS, 2017). Foi-me possível, neste aspeto, organizar uma ação de formação enquanto formador para o INEM, de uma formação que se intitula: “ISBAR: Abordagem estruturada para uma comunicação segura em saúde”, uma vez que esta instituição tem esta mnemónica adotada como método de passagem de dados, como é possível consultar no Apêndice III e IV.

A comunicação com a PSC é um componente essencial nos cuidados de saúde, especialmente em UCI. Uma comunicação eficaz entre a equipa de enfermagem, a PSC e a família não só facilita uma prestação de cuidados de qualidade, mas também contribui para a humanização dos cuidados e para a segurança da pessoa. A comunicação adequada influencia positivamente a recuperação da pessoa ao reduzir níveis de ansiedade e promover uma melhor compreensão do seu próprio estado de saúde (Lopes et al., 2024).

Sempre que me foi possível, participei e intervi ativamente na comunicação entre os enfermeiros e a família de pessoas admitidas em UCI, pois é essencial para reduzir a ansiedade, promover a compreensão do estado clínico e fortalecer a confiança na equipa. Foi sempre privilegiada a comunicação pela equipa multidisciplinar, isto é, sempre que a família reunia estavam presentes médico e enfermeiro responsável pela PSC naquele dia. Para ser eficaz, a comunicação deve ser clara e transparente, utilizando uma linguagem simples e evitando termos técnicos excessivos. Além disso, a escuta ativa é fundamental para compreender as dúvidas e emoções dos familiares, demonstrando empatia e acolhimento. A comunicação deve ser contínua, fornecendo atualizações regulares sobre a evolução da pessoa e garantindo que os familiares tenham espaço para expressar as suas

preocupações. O respeito ao tempo e às emoções da família também é essencial, permitindo que absorvam as informações no seu próprio ritmo. Manter um diálogo aberto e humanizado contribui para uma relação mais próxima entre enfermeiros e familiares, minimizando incertezas e promovendo um ambiente de cuidados mais acolhedor (Simões, 2024). Neste sentido, compreendendo a importância da comunicação com a família da PSC, realizei uma revisão da literatura sobre a temática, que se encontra em apêndice (Apêndice V).

O pilar prevenção e gestão de incidentes de segurança foca-se nos erros que podem comprometer a segurança da pessoa, incluindo a implementação de protocolos e práticas que minimizem riscos e melhorem as respostas quando estes ocorrerem (DGS, 2022). Quer o INEM quer a UCI detêm uma plataforma para comunicação e registo de erros que permite uma comunicação anónima. Durante este estágio não tive necessidade de reportar nenhum erro, mas a plataforma RISI utilizada para comunicação de erros ou inconformidades foi-me apresentada, tendo oportunidade de perceber o seu funcionamento. O incentivo à notificação de incidentes de segurança é essencial e deve garantir o anonimato, a confidencialidade e a ausência de punição para os profissionais envolvidos. Esta abordagem visa fomentar uma cultura de transparência na notificação de incidentes de segurança da pessoa, permitindo que esses eventos sejam devidamente registados e avaliados (DGS, 2022). Da minha observação da prática clínica nos diferentes contextos por onde passei, a relação entre os enfermeiros gestores/responsáveis e os seus enfermeiros era muito saudável, permitindo aos enfermeiros um clima que incentivava à transparência e aprendizagem com os erros e à comunicação aberta, reduzindo, desta forma, a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Segundo Edmondson (1999), um ambiente de trabalho positivo e sem punições excessivas favorece a cultura de segurança e permite que os profissionais relatem erros sem medo de represálias. A "segurança psicológica" no ambiente de trabalho é um fator chave para que enfermeiros se sintam confortáveis em relatar erros e participar em discussões para prevenir novas ocorrências.

O quinto pilar, práticas seguras em ambientes seguros, refere-se à necessidade de garantir que as instalações de saúde sejam projetadas e mantidas de maneira a promover a segurança, incluindo a utilização de tecnologias adequadas e a formação contínua dos profissionais para que possam atuar com segurança em qualquer circunstância (DGS, 2022). Neste sentido, os meios extra-hospitalares e UCI tem definidos protocolos de

atuação como, por exemplo, após cada transporte, as ambulâncias são higienizadas e desinfetadas de acordo com protocolos rigorosos, reduzindo o risco de infecções cruzadas, assim como na UCI quando a pessoa tem alta, toda a unidade é desmontada e desinfetada. Tive necessidade de conhecer e participar na realização desses protocolos para uma atuação segura. Foi-me possível realizar testes, pelo menos uma vez por dia, a dispositivos como desfibriladores automáticos e ventilador, evitando riscos associados ao uso de equipamentos inadequados ou avariados. No caso de cenários como acidentes de trânsito ou catástrofes, a equipa realiza uma avaliação inicial dos riscos ambientais como a presença de materiais perigosos ou locais instáveis, o que permite uma prestação de cuidados segura e eficaz.

Tradicionalmente, as pessoas com ventilação mecânica permanecem longos períodos imobilizadas, o que contribui para a diminuição da massa muscular, prolonga o tempo de ventilação mecânica e aumenta o risco de complicações, como trombose venosa profunda e infecções associadas. A UCI possuía um protocolo de mobilização precoce para reverter esse cenário. A equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental, garantindo a segurança do processo, auxiliando na alternância de decúbitos, promovendo a elevação do leito em posição semiortostática e colaborando na realização de exercícios passivos e ativos, conforme a condição clínica de cada pessoa.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), os padrões de qualidade envolvem a tomada de decisões fundamentadas em evidências, onde os enfermeiros aplicam os resultados de pesquisas na sua prática, respeitando os princípios da humanidade. No entanto, a qualidade dos cuidados pode ser interpretada de diferentes formas e corresponder a significados distintos para cada pessoa, incorrendo em diferentes níveis de satisfação pelos cuidados prestados.

A melhoria contínua da qualidade é um domínio essencial para garantir a excelência no cuidado às pessoas e a evolução constante das práticas de enfermagem. Neste domínio, desenvolvi a implementação de estratégias e processos que visam aprimorar a eficiência, a eficácia e a segurança dos cuidados prestados, bem como a satisfação das pessoas e profissionais de saúde.

4.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

O domínio da gestão dos cuidados é uma das competências do EE que envolve a gestão de cuidados, recursos humanos, recursos materiais e equipamentos (Decreto-Lei, n.º 412/98).

Segundo Reis (2007), a gestão é definida como a utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis e de modo eficiente, tendo em consideração a realização dos objetivos da organização, desenvolvendo-se através de um processo que abrange o exercício de determinadas funções, suportadas por um conjunto diversificado de comportamentos que integram o papel dos gestores.

A gestão de cuidados é um domínio essencial que exige habilidades avançadas, conhecimento diferenciado e uma abordagem holística para atender às complexas necessidades da PSC. Para além disso, o EE é também responsável pela gestão do cuidar em Enfermagem, no sentido de promover o cuidar, no respeito pela pessoa humana, assegurando cuidados de saúde humanizados e de qualidade, num contexto de otimização dos recursos disponíveis (Rocha, 2004).

Neste domínio, espera-se que o EE desenvolva as seguintes competências: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745).

Objetivei para esta competência: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e articulação na equipa de saúde”, “desenvolver competências no âmbito da gestão em enfermagem e na gestão de cuidados à PSC;” e “conhecer os vários tipos de liderança a utilizar em cada situação problema”.

Durante a experiência em UCI, a necessidade de gerir os cuidados de enfermagem de forma eficiente foi evidente em diversas situações. Durante a admissão de uma pessoa com pneumonia bilateral, com antecedentes de enfisema pulmonar, foi fundamental otimizar a resposta da equipa, garantindo uma distribuição eficaz das tarefas. Enquanto um enfermeiro realizava a monitorização dos sinais vitais e preparava a medicação prescrita, outro assegurava a comunicação com a família, explicando o estado clínico e os procedimentos a serem realizados, promovendo um ambiente de confiança e humanizado. A priorização das intervenções também se mostrou essencial, pois, neste

caso, a pessoa que se encontrava em ventilação mecânica desenvolveu sinais de agravamento respiratório. A rápida identificação da situação permitiu uma ação coordenada entre enfermeiros e equipa médica, ajustando parâmetros ventilatórios e administrando terapêutica adequada para estabilizar o quadro clínico.

Na UCI pude experienciar a aplicação dos diferentes tipos de liderança. Em situações de urgência, como uma paragem cardiorrespiratória (PCR), a liderança diretiva, também conhecida como autocrática, caracterizada por um estilo em que o líder assume o controlo total da tomada de decisões, delegando tarefas de forma clara e objetiva, foi indispensável, permitindo decisões rápidas e coordenação eficiente da equipa, onde cada membro sabia exatamente a sua função. Em contrapartida, em reuniões para discutir planos de cuidados individualizados, a liderança participativa, caracterizada pela colaboração da equipa na tomada de decisões, promovendo um ambiente onde as opiniões dos profissionais são valorizadas e incentivadas, possibilitou a troca de opiniões entre profissionais, favorecendo um plano mais abrangente e adequado às necessidades de cada pessoa (Marquis et al., 2017).

Neste domínio, em ambiente extra-hospitalar, os EE enfrentam situações desafiadoras que exigem decisões rápidas, intervenções críticas e coordenação com outras equipas. Neste sentido, foi-me permitido desenvolver competências ao atuar num acidente de viação em meio SIV, entre um carro com 4 passageiros e uma pessoa que se encontrava a caminhar na via pública, sendo esta última atropelada pelo veículo que em seguida se despistou e embateu num muro. Nestes casos, é necessário realizar uma triagem rápida, aplicando protocolos como a triagem *START (Simple Triage and Rapid Treatment)*. Este método é uma técnica de triagem rápida e simplificada que avalia os parâmetros fisiológicos: respiração, circulação e nível de consciência da pessoa. Esta avaliação deve ser realizada em até 60 segundos, permitindo uma categorização rápida de acordo com a gravidade das lesões. Após a avaliação, as pessoas são marcadas com cartões de diferentes cores, cada uma correspondendo a uma prioridade de atendimento, para facilitar o encaminhamento e tratamento adequado de acordo com a urgência de cada caso. As cores atribuídas podem ser: preto (pessoas que não respiram após manobras simples de permeabilização da via aérea), vermelha (respiração presente somente após manobras de permeabilização da via aérea ou frequência respiratória maior que 30 por minuto; pessoas que apresentam trauma grave, hemorragia com choque e queimaduras graves), amarela (não se enquadram nem na prioridade imediata, nem na prioridade menor, são pessoas

que apresentam fraturas, lesão torácica ou abdominal sem sinal de choque e cor verde (deambulam pelo local e apresentam pequenas lesões) (Covos et al., 2016).

No local existiam 5 pessoas em condições variadas. De acordo com a triagem *START* avaliamos, rapidamente, cada pessoa e atribuímos uma cor para que, de acordo com a prioridade estabelecida, fosse avaliada o mais célere possível. Das 4 pessoas que seguiam no veículo, 1 foi triada com cor vermelha por se encontrar em PCR (condutor) e as restantes 3 foram triadas com cor verde pois deambulavam sem dificuldade e apenas apresentavam ligeiras escoriações. A pessoa vítima de atropelamento foi triada com cor amarela por apresentar fratura com deformação do membro inferior direito.

Neste caso, coube ao enfermeiro do meio SIV comunicar com o CODU para informar sobre o que se passava no local de atuação, pedir mais meios, gerir os meios que se encontravam no local (bombeiros e meio SIV) e prestar cuidados às duas pessoas que necessitavam de auxílio até à chegada de mais meios diferenciados. Foram iniciadas, de imediato, manobras de SAV na pessoa com triagem vermelha. Avaliando segundo a mnemónica ABCDE iniciam-se compressões torácicas, aplicam-se manobras de ventilação para garantir oxigenação e administram-se fármacos segundo protocolo (adrenalina e amiodarona), entre outros. Aquando da chegada da VMER, a pessoa em PCR já tinha recuperado pulso, tendo sido realizada pelo médico do meio a intubação orotraqueal, para garantir uma via área segura e, em seguida, a pessoa foi transportada para hospital. Depois de libertada a equipa SIV da PCR foi abordada a pessoa com fratura e deformidade do membro inferior direito, sendo imobilizado em maca vácuo e transportada, também, para o hospital.

Após esta abordagem é realizada uma avaliação completa das intervenções realizadas, registando cada etapa, como a administração de fármacos, resposta da pessoa e procedimentos instituídos na plataforma *iTeams*. Esta informação é enviada ao hospital e utilizada para a continuidade dos cuidados, além de servir como base para a análise de qualidade e de segurança, garantindo que cada detalhe possa ser revisto, auditado e ajustado para aprimoramentos futuros. Foi-me possível desenvolver a gestão de protocolos terapêuticos complexos, ganhando maior autonomia e competência para a gestão dos mesmos, desenvolver competências na gestão do ambiente e gerir o transporte da PSC, desde o momento da preparação até à efetivação do transporte.

Outro aspeto essencial da gestão de cuidados é a formação contínua da equipa. A realização de simulações clínicas e protocolos atualizados permitem que os enfermeiros estejam preparados para gerir os desafios diários da UCI. A promoção de um ambiente de aprendizagem contínua também favorece a integração de novos profissionais e fortalece a coesão da equipa. Na UCI pude integrar a reunião mensal da equipa onde todos os meses é apresentada uma formação por diferentes elementos, permitindo um ambiente de formação e aprendizagem constante.

Estes exemplos demonstram que a minha atuação enquanto EE vai muito além da prestação de cuidados imediata, abrangendo a gestão dos recursos, a comunicação eficaz e o registo detalhado para assegurar a qualidade dos cuidados num ambiente desafiador e com recursos muito limitados.

4.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais é essencial para garantir que os enfermeiros estejam preparados para enfrentar situações críticas e proporcionar cuidados de alta qualidade. Este domínio abrange a aquisição contínua de conhecimentos, habilidades e atitudes que são fundamentais para o desempenho eficiente e eficaz num ambiente de alta pressão.

Neste domínio espera-se que o EE desenvolva as seguintes competências: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745).

Objetivei para esta competência: “promover a aquisição e o aperfeiçoamento contínuo de competências profissionais, visando o desenvolvimento integral e a excelência no desempenho das funções”, “participar como formador na formação da equipa de enfermagem do INEM, se assim for possível”, “promover, se adequado, ações de formação na minha área de especialização como formador” e “identificar a fundamentação teórica e a adequação das normas e protocolos, dos serviços”.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais é um aspeto crucial na formação e prática do EEEMC. Este domínio, tal como evidenciado, envolve a aquisição e aprimoramento de várias competências essenciais para a prestação de cuidados de alta qualidade em contextos complexos e desafiadores.

O EE deve possuir um conhecimento profundo e atualizado das práticas, o que inclui a compreensão detalhada de patologias, tratamentos, intervenções e cuidados emergentes (Mendes et al., 2022). Além disso, o EE deve estar familiarizado com as diretrizes clínicas e protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, garantindo que as suas práticas estejam alinhadas com as melhores evidências disponíveis e com as normas regulamentares. O aprofundamento teórico é complementado pela aplicação prática, onde o profissional é, constantemente, desafiado a integrar conhecimento e prática, analisando criticamente cada situação e adaptando as suas ações conforme necessário.

O desenvolvimento de competências especializadas são outro pilar essencial. O EE deve ser capaz de executar procedimentos complexos com precisão e responder eficazmente em situações de emergência. A prática reflexiva, onde os enfermeiros revêm e analisam as suas próprias ações e decisões, também desempenham um papel crucial no desenvolvimento contínuo das suas competências clínicas.

Para possibilitar o aperfeiçoamento das práticas com a PSC e desenvolver novas competências foi imprescindível realizar a revisão das normas de atuação dos serviços e observar a prestação de cuidados dos outros enfermeiros, especialmente dos tutores, além de pesquisar bibliografia relevante sobre cada temática, com o intuito de basear a prática na melhor evidência científica. Decorrente deste percurso, foi possível melhorar o conhecimento e capacidade relacionadas com as práticas instituídas e, em discussão com os tutores, identificar possíveis não conformidades e/ou lacunas passíveis de melhoria.

Outra estratégia que utilizei para adquirir conhecimentos e desenvolver competências foi a participação no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem, subordinado ao tema: “Comunicação em Enfermagem: A prática especializada para a excelência do Cuidar”, promovido pela UCP – Porto. Para além da elaboração de uma revisão da literatura intitulada “A Comunicação e o Suporte à Família da Pessoa em Situação Crítica em Unidades de Cuidados Intensivos: uma revisão da literatura” (Apêndice V), na qual contribuí com a apresentação de um póster (Apêndice VI), tive ainda a oportunidade de integrar a comissão coordenadora do evento, enriquecendo assim a minha experiência na organização e dinamização de iniciativas científicas na área da enfermagem.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, acredito que desenvolvi inúmeras competências, crescendo profissionalmente à medida que enfrentava novas situações. Tive uma ampla

variedade de experiências práticas que me exigiram tomar decisões constantes, aplicando um raciocínio crítico com agilidade, eficiência e precisão em cada intervenção realizada.

Fui confrontado com situações onde o tempo era crucial. Por exemplo, numa ativação para um acidente de via pública com múltiplas vítimas, utilizei o método de triagem *START* para avaliar, rapidamente, os parâmetros fisiológicos: respiração, circulação e nível de consciência. Foi fundamental usar cartões de cores para classificar as pessoas vítimas do acidente por prioridade, o que facilitou o encaminhamento dos casos mais graves para intervenções imediatas. Esta experiência reforçou a minha capacidade de realizar avaliações ágeis e precisas, essenciais para a tomada de decisões em contextos críticos.

Ao prestar cuidados em contexto de PCR apliquei o protocolo de SAV. Utilizei o desfibrilador e administrei fármacos, como a adrenalina e amiodarona, enquanto controlava a via aérea e ventilação. Percebi a importância do trabalho em equipa, onde cada membro desempenha uma função bem definida para que se atue rapidamente e de forma coordenada, bem como a necessidade de me manter atualizado sobre protocolos e intervenções de emergência. O trabalho em equipa é, na minha opinião, um dos pilares fundamentais da enfermagem, pois melhora a qualidade e segurança dos cuidados prestados, aumenta a eficiência dos processos e promove um ambiente de trabalho mais harmonioso e colaborativo. A enfermagem envolve uma atuação multidisciplinar na qual a comunicação eficaz, o respeito mútuo e a cooperação entre os membros da equipa são essenciais para alcançar os melhores resultados (Kalisch et al., 2010).

Após cada saída, em meio extra-hospitalar, foi-me sempre inculcado a importância do *debriefing*, tendo oportunidade de participar ativamente em todos eles. Este assume um papel essencial na consolidação de conhecimentos e competências, incentivando à partilha de perspetivas, promove a comunicação eficaz e fortalece a coesão da equipa, contribuindo para uma cultura de segurança e melhoria contínua dos cuidados prestados. O *debriefing* é um processo estruturado de reflexão e análise que ocorre após uma experiência, com o objetivo de promover a aprendizagem, melhorar o desempenho e aperfeiçoar a prática profissional (Fey et al., 2020). Além disso, este processo apoia o autodesenvolvimento dos profissionais ao proporcionar um espaço para a reflexão crítica sobre os desafios enfrentados e as decisões tomadas (Kolbe et al., 2020).

Estas situações ensinaram-me a importância de estar preparado para a imprevisibilidade do meio extra-hospitalar e UCI, ao mesmo tempo, reforçaram o compromisso para o desenvolvimento constante das minhas competências, sempre com foco na segurança e qualidade dos cuidados prestados.

4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS EEMC À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

4.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A competência de cuidar da pessoa e família com doenças críticas e/ou falência orgânica, exige habilidades técnicas e interpessoais aprofundadas para garantir a segurança, o conforto e o apoio emocional da pessoa em sofrimento. Este tipo de cuidado envolve uma abordagem holística que abrange desde a estabilização clínica até ao suporte emocional e informativo para os familiares presentes.

A abordagem holística ao doente crítico considera a complexidade da condição clínica da pessoa, integrando fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais para garantir uma prestação de cuidados mais humanizado e eficaz. A adoção de uma abordagem multidimensional melhora os desfechos clínicos, reduz o stresse e promove uma melhor qualidade de vida para a PSC e família (Davidson et al., 2017). Já *Florence Nightingale*, considerada a pioneira da enfermagem holística, defendia que o ambiente, incluindo fatores físicos, emocionais e sociais, influenciava diretamente a recuperação das pessoas (Nightingale, 1859). Além disso, outra referência importante é *Jean Watson*, criadora da Teoria do Cuidado Humano, que propõe que o cuidado deve ir além do tratamento da doença, considerando a dimensão emocional, espiritual e psicológica de cada pessoa. A sua teoria é amplamente aplicada em condições de emergência, pois é necessária uma abordagem cada vez mais humanizada neste tipo de pessoas, que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

Neste domínio, espera-se que o EE desenvolva as seguintes competências: “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;”, “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos;”, “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;”, “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu

estado de saúde;”, “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;” e “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19363).

Objetivei para esta competência: “cuidar da PSC e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “prestar cuidados à PSC e família/cuidador com instabilidade e/ou risco de falência orgânica”, “garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos”, “gerir a comunicação interpessoal que alicerce a relação terapêutica com PSC e família/cuidador” e “gerir a relação terapêutica com a PSC e família/cuidador”.

Em ambiente extra-hospitalar, os enfermeiros, frequentemente, lidam com PSC, portanto, devido à complexidade destas situações, é indispensável uma abordagem centrada na pessoa, onde devemos ser capazes de reconhecer e responder às necessidades, tanto da pessoa quanto da sua família. A comunicação eficaz, a educação sobre a condição da pessoa e a inclusão da família nas decisões de cuidados são fundamentais para mitigar a ansiedade e proporcionar um suporte emocional significativo.

Em meio SIV fomos ativados para um homem de 60 anos com trauma do membro inferior esquerdo com hemorragia ativa. Esta abordagem requer uma intervenção rápida e sistemática, centrada no controlo da hemorragia e estabilização da pessoa. Há nossa chegada, o homem encontrava-se pálido, sudorético e confuso, com um dos seus colegas de trabalho a realizar pressão direta na ferida com controlo ineficaz da hemorragia. Realizei uma avaliação rápida, segundo a mnemónica ABCDE, com foco inicial no controlo da hemorragia:

C – hemorragia ativa mesmo com pressão direta do colega no local da ferida, portanto coloquei um torniquete acima do local da lesão, evitando áreas articulares, para reduzir o fluxo sanguíneo e avaliei sinais vitais (frequência cardíaca: de 130 batimentos por minuto, tensão arterial: 90/55mmHg e saturações periféricas de oxigénio: 95%, palidez e sudorese, portanto com sinais de choque positivos). Após colocação de torniquete e hemorragia controlada, verifiquei a perfusão periférica e o pulso distal do membro afetado para avaliar se a circulação estaria comprometida. Iniciei de imediato, segundo protocolo, fluidoterapia, bolús de 1gr de ácido tranexâmico e terapêutica para controlo queixas algicas; A – via aérea permeável; B – Eupneico em ar ambiente, sem síndrome de

dificuldade respiratória; D – pupilas simétricas e reativas; E – Apenas lesão do membro inferior esquerdo com temperatura timpânica de 36.6°C. Após as intervenções iniciais, mantive a monitorização, observei os sinais vitais, imobilizei e avaliei regularmente o membro afetado, garantindo, também, que o transporte para uma unidade hospitalar ocorresse o mais rapidamente possível. É fundamental fornecer ao hospital informações detalhadas sobre a situação, incluindo o estado inicial da hemorragia, o uso de torniquete e a hora da colocação, os sinais vitais e qualquer outra intervenção realizada.

Durante esta minha prática, tive a oportunidade de controlar a dor de forma diferenciada, aplicando tanto intervenções farmacológicas quanto estratégias não farmacológicas, como o posicionamento adequado, para o alívio da dor. Acompanhei de perto e participei na gestão de protocolos terapêuticos complexos, monitorizando os efeitos desejados dos tratamentos e identificando, rapidamente, possíveis intercorrências ou complicações. Esta experiência aumentou a minha autonomia e reforçou a competência para gerir cuidados com a máxima eficácia e segurança.

Uma outra experiência que é de extrema importância, e que pude desenvolver quer em meio SIV, VMER e UCI, foi a comunicação de más notícias adotando sempre o protocolo *SPIKES*. A comunicação de más notícias não deve apenas ser transmitida à PSC, mas a todos os envolvidos (família/cuidador) e com o detalhe suficiente para que seja percebido por todos. Existem diversos protocolos para a comunicação de más notícias, mas todos eles seguem ideias semelhantes: 1 – *Setting up* (conseguir o ambiente correto); 2 – *Perception* (descobrir o que a pessoa já sabe); 3 – *Invitation* (descobrir o que a pessoa quer saber); 4 – *Knowledge* (partilhar a informação, se a pessoa o desejar); 5 – *Emphaty* (responder às emoções); 6 – *Summary* (fazer a síntese/plano de seguimento) (Oliveira et al., 2016).

No caso específico que vivenciei, uma situação de PCR em que foram suspensas as manobras, reunimos os familiares, adequamos o ambiente e procedeu-se à transmissão da má notícia segundo esta abordagem. A primeira ação foi a preparação do ambiente, com a colocação de cadeiras numa sala própria da UCI, sendo muito mais efetiva a transmissão da má notícia, tendo sido aceite com maior receptividade pela pessoa significativa. Comunicar más notícias não é uma tarefa fácil. O objetivo do protocolo *SPIKES* é organizar este momento, ajudando os profissionais a manter uma comunicação clara e aberta. A comunicação adequada no *SPIKES* é essencial para reduzir o impacto emocional da notícia, promover a compreensão da situação e fortalecer a relação entre profissional

e família. Em situações críticas, como o prognóstico reservado de uma PSC, uma abordagem bem conduzida e uma comunicação eficaz pode minimizar o sofrimento e facilitar a tomada de decisões cada vez mais informadas.

Considerando as experiências vividas e a reflexão contínua ao longo do estágio, pode adquirir e aprimorar competências específicas para o cuidado de pessoas, famílias e cuidadores que enfrentam situações complexas de doença crítica e falência orgânica.

4.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A competência do EE em dinamizar respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe envolve uma série de habilidades e conhecimentos críticos, que vão desde o planeamento até à execução. Os enfermeiros são capacitados para estruturar e coordenar ações integradas em resposta a desastres, acidentes com múltiplas pessoas e outras emergências de larga escala, onde a rápida organização e a eficiência são essenciais para minimizar danos e salvar vidas.

Situações de exceção, no contexto de emergência médica, representam todas as situações onde se verifica um desequilíbrio entre as necessidades de assistência e os recursos disponíveis, naquele momento. As situações de exceção mais frequentes em Portugal são os acidentes multi-vítimas, incêndios florestais, incêndios urbanos/industriais, intoxicações e alguns fenómenos naturais (aluviões, cheias/inundações, ondas de calor e vagas de frio) (INEM, 2012).

Neste domínio, espera-se que o EE desenvolva as seguintes competências: “Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe;”, “Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe;”, “Planeia resposta à situação de catástrofe;”, “Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe;” e “Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19363).

Para ir de encontro às competências neste domínio, objetivei: “dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe”, “cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe”, “gerir e planear respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe” e “assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios da prática de crime”.

Neste contexto, tive oportunidade de participar num simulacro no Aeroporto do Porto - Francisco Sá Carneiro que consistiu na simulação de um acidente com uma aeronave no solo. A participação neste simulacro foi muito rica em experiências pertinentes para o cumprimento dos objetivos para esta competência. Na simulação estavam envolvidas 70 pessoas feridas (das quais 19 feridos graves). Teve a particularidade de se realizar no interior de um aeroporto com todas as implicações de um acidente desta natureza, ou seja, procedimentos específicos de segurança na entrada e mobilização dos meios de emergência, elevada probabilidade da existência de vítimas com diferentes nacionalidades (obrigando à articulação com consulados ou embaixadas), entre outras particularidades envolvidas na gestão de emergências de um aeroporto.

A gestão e a organização em cenários de exceção, como desastres naturais ou acidentes com múltiplas vítimas, são fundamentais para assegurar uma resposta eficiente e coordenada. A complexidade desses eventos apresenta desafios que se intensificam proporcionalmente ao número de variáveis e elementos envolvidos, como a diversidade de serviços de emergência (polícia, bombeiros, serviços de saúde), a condição das vítimas e o ambiente onde ocorre a intervenção (Oliveira et al., 2021).

Primeiramente, a coordenação entre os múltiplos setores é essencial para evitar duplicação de esforços e garantir a entrega eficaz dos cuidados. Uma organização eficiente garante que cada elemento da resposta de emergência esteja ciente do seu papel e consiga atuar em conjunto com os outros, respeitando a hierarquia e os protocolos estabelecidos. Planos de comunicação claros e pré-estabelecidos entre diferentes equipas, com fluxos de informação centralizados, ajudam a agilizar processos e a adaptar as ações conforme o evento evolui. A gestão de recursos é igualmente crítica, pois permite que os equipamentos essenciais, como fármacos, mantas, materiais de suporte vital e transporte, sejam alocados de maneira estratégica conforme a prioridade. Isto é essencial em eventos complexos, onde o alto número de vítimas e as necessidades variadas aumentam a exigência sobre recursos disponíveis, tornando a organização criteriosa um fator de impacto direto na qualidade e segurança dos cuidados prestados (OMS, 2020).

Participei, ainda, numa formação em serviço sobre as situações de exceção, inseridas no curso de VMER para médicos e enfermeiros do INEM. Durante a formação, tive a oportunidade de compreender como é realizada a gestão das equipas no local e quais os critérios que determinam a ativação de recursos adicionais, o que é crucial para garantir que haja meios suficientes em cada situação. Foi também abordado como ocorre a triagem

primária e secundária das pessoas (vítimas). A triagem primária envolve uma avaliação rápida para identificar a gravidade das lesões, enquanto a triagem secundária permite uma análise mais detalhada das condições de cada pessoa, garantindo que aquelas com maiores necessidades sejam atendidas em primeiro lugar (INEM, 2024). Para a realização da triagem primária, são utilizados critérios muito simples para avaliação da pessoa. Os principais discriminadores incluem: a capacidade de andar, a presença de feridas, se respira e a frequência respiratória e cardíaca. Com base nesta avaliação inicial, as pessoas são classificadas em quatro categorias: Prioridade 1 (vermelho) para pessoas (vítimas) emergentes, Prioridade 2 (amarelo) para pessoas (vítimas) graves, Prioridade 3 (verde) para pessoas (vítimas) que não apresentam gravidade e Prioridade 0 ou Morto (preto) (INEM, 2024).

A triagem secundária é um processo contínuo, que pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de pessoas (vítimas). Baseia-se no *Triage Revised Trauma Score* (TRTS). Este método consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas: frequência respiratória, estado de consciência (segundo a Escala de Coma de *Glasgow*) e pressão arterial sistólica. A pontuação da TRTS é igual à soma da frequência respiratória, da tensão arterial sistólica e da escala de coma de Glasgow, codificadas de 0 a 4, para se obter uma pontuação TRTS de 0 a 12 pontos (INEM, 2024).

Outro aspeto importante abordado, foi a comunicação dos dados clínicos entre as equipas, essencial para que as informações relevantes sobre o estado das pessoas triadas sejam transmitidas de forma clara e eficiente. Isso inclui a mobilização e referenciação para os serviços de saúde adequados, o que é vital para a continuidade dos cuidados. Além disso, aprendi sobre o papel do *Team Leader*, figura crucial na coordenação das atividades da equipa, sendo responsável por supervisionar a situação e tomar decisões rápidas e eficientes (INEM, 2024).

Conheci a Viatura de Emergência e Catástrofe do INEM, que desempenha um papel crucial na gestão de situações de emergência, sendo fundamental para a resposta rápida a acidentes, desastres naturais ou outras crises. Esta viatura está equipada com tecnologias avançadas e materiais médicos, permitindo que as equipas prestem cuidados imediatos no local do incidente e façam o transporte adequado das pessoas para os hospitais. Dentro desta mesma viatura está localizado um hospital de campanha que serve de posto médico avançado (PMA) num caso de emergência/catástrofe, com capacidade de montagem e desmontagem rápidas, estruturados para lidar com um grande número de pessoas em

simultâneo e podendo operar de forma independente, com recursos como água, eletricidade e suprimentos médicos. Segundo o INEM (2012), o PMA é um espaço estruturado destinado a fornecer os cuidados de emergência essenciais para estabilizar as pessoas antes do transporte para a unidade de saúde mais apropriada. Para garantir um fluxo ordenado, evitando que uma situação caótica do pré-hospitalar seja transferida diretamente para o hospital, as PSC podem aguardar no PMA até que seja o momento mais adequado para a sua transferência. Esta abordagem melhora o controle da situação, prevenindo o transporte apressado e desorganizado para os SU mais próximos, o que poderia esgotar a sua capacidade de resposta e comprometer a eficácia da operação, especialmente para os casos mais graves.

No contexto da UCI, o cuidado à PSC exige atuação rápida, protocolos bem definidos e trabalho interdisciplinar. Um dos cenários mais desafiadores por mim presenciados foi a intervenção num caso de choque séptico, uma condição potencialmente fatal que exige uma abordagem estruturada e baseada em evidências. Um exemplo prático desta situação de emergência envolve um homem de 65 anos, com histórico de diabetes e hipertensão, internado em UCI com pneumonia grave. Apresentava hipertermia (39°C), taquicardia (130 bpm), pressão arterial de 70/40 mmHg, confusão mental e extremidades frias, o que sugere um quadro de choque. O primeiro passo inclui a colheita de hemoculturas e culturas respiratórias antes da administração de antibióticos, gasometria arterial para avaliação de acidose e hipóxia, além do doseamento do lactato sérico, um marcador de hipoperfusão tecidual. Alguns estudos indicam que o atraso na identificação da sépsis aumenta a mortalidade em 8% a cada hora (Singer et al., 2016). Paralelamente, inicia-se a ressuscitação volêmica com 30 mL/kg de solução cristaloide (Lactato de Ringer) monitorizando a resposta hemodinâmica, através da avaliação da pressão arterial média e débito urinário. Neste caso em específico, a hipotensão manteve-se e foi necessário o uso de fármacos vasopressores (noradrenalina). A administração de antibióticos deve ocorrer o mais rapidamente possível, de preferência dentro da primeira hora após identificação de choque. O esquema inicial inclui antibióticos de largo espectro, como piperacilina/tazobactam (4,5g IV a cada 6 horas) associado à vancomicina (15-20 mg/kg IV), com ajuste posterior conforme os resultados das culturas.

Após análise da gasometria, a pessoa apresentava hipóxia grave ($PaO_2/FiO_2 < 200$), sendo necessária a intubação orotraqueal e ventilação mecânica protetora, com volume

corrente ajustado. A abordagem do choque séptico na UCI é um processo dinâmico que exige ação rápida, decisões baseadas em protocolos e monitorização contínua.

Sinto que adquirir conhecimentos que me possibilitam alcançar os objetivos que estabeleci, especialmente no que diz respeito a atuar em situações adversas. A capacidade de distinguir diferentes tipos de PSC e identificar as necessidades da equipa é fundamental para garantir uma resposta eficaz em emergências e catástrofes. Esta experiência não apenas fortaleceu a minha confiança como EE, mas também reforçou a importância da preparação e do trabalho em equipa para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A prática constante e a reflexão sobre essas competências são cruciais para o aprimoramento profissional e para a promoção de ambientes seguros.

4.2.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção, assim como da resistência aos antimicrobianos, é crucial na prestação de cuidados à PSC e/ou falência orgânica. Dada a complexidade dessas condições, é fundamental adotar uma abordagem sistemática e baseada em evidências que assegurem respostas adequadas e em tempo útil.

A PSC apresenta uma vulnerabilidade acrescida para adquirir infeções associadas aos cuidados de saúde. O envolvimento dos profissionais de saúde, pelo contacto direto e permanente que têm com estas pessoas, assumem um papel primordial na prevenção e controlo das mesmas.

Neste domínio, espera-se que o EE desenvolva as seguintes competências: “Concebe planos de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à PSC e/ou falência orgânica;” e “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica.” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19364).

Objetivei para esta competência: “promover intervenções de enfermagem na prevenção e controlo da infeção em intervenções com necessidade de utilização de medidas invasivas e não invasivas”, “desenvolver competências sobre prevenção,

intervenção e controlo de infeção”, “identificar comportamentos de risco em procedimentos invasivos e não invasivos” e “gerir e supervisionar cuidados à PSC que se encontra em isolamento na UCI”.

Para o desenvolvimento desta competência foi-me possível integrar um processo de auditorias em meio SIV relacionado com o conhecimento e aplicação das 10 Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) por parte destas equipas.

As auditorias de enfermagem consistem numa avaliação sistemática da qualidade do atendimento oferecido à pessoa, envolvendo a análise dos registos, a observação do cuidado à pessoa no local e a verificação da conformidade entre os procedimentos e registos realizados (Camelo et al., 2009). Esta prática é fundamental para garantir a transparência e a responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, ajudando a identificar áreas que necessitam de melhorias e assegurando que as normas de qualidade sejam mantidas.

As PBCI são compostas por 10 itens: Colocação de doentes, Higiene das mãos, Etiqueta respiratória, Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), Descontaminação do Equipamento Clínico, Controlo Ambiental, Manuseamento Seguro da Roupa, Recolha segura de resíduos, Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e Exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013).

Esta auditoria foi realizada com o intuito de verificar se as 10 PBCI são conhecidas e aplicadas de forma consistente pelas equipas em meio SIV, de forma que com a análise sistemática dos registos e das práticas de enfermagem, a auditoria possa identificar áreas que necessitam de melhoria. Portanto, os resultados desta auditoria podem ser usados para orientar programas de formação e reciclagem, garantindo que a equipa esteja sempre atualizada com as melhores práticas, de forma a prestar cuidados seguros e com qualidade. Ao garantir a adesão a estas práticas, as equipas podem não apenas melhorar os resultados das PSC, mas também contribuir para um sistema de saúde mais eficiente e, acima de tudo, seguro.

Durante este estágio, observei várias situações em que alguns profissionais de saúde não utilizavam corretamente os EPI na abordagem às PSC, comprometendo esta falha o primeiro elo da cadeia de sobrevivência, que é a segurança. Sempre que tive a oportunidade, levantei essa questão e conversei sobre o assunto com os enfermeiros tutores, que mostraram receptividade para as sugestões por mim apresentadas. Outro

aspecto que acho de extrema importância é, no meio extra-hospitalar, não existir a possibilidade de lavagem regular das mãos com água e sabão por falta de meios, apenas estão disponíveis as SABA. Pesquisei várias vezes formas de colmatar esta falha, mas sem grande sucesso, pois não existem ainda estudos que abordem esta temática, estando também o INEM a investigar sobre esta área.

Ao longo da minha prática, procurei garantir e assegurar cuidados de qualidade, prevenindo a infecção, utilizando as PBCI e evitando as transmissões cruzadas. A prevenção, intervenção e controlo da infecção nas UCI são desafios constantes devido à vulnerabilidade das PSC, à complexidade das intervenções e à necessidade de respostas rápidas e eficazes. Estas pessoas, para além da falência orgânica, estão submetidas a dispositivos e procedimentos invasivos, ficando ainda mais suscetíveis ao desenvolvimento de infeções nosocomiais e infeções com microrganismos multirresistentes (Vincent et al., 2010). Desta forma, a adoção de estratégias baseadas em evidência científica, aliadas a uma abordagem multidisciplinar, é essencial para garantir a segurança da pessoa e a eficácia dos tratamentos instituídos.

Na UCI pautei a minha intervenção de acordo com feixes de intervenções baseados em evidências para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde e melhorar os resultados clínicos das PSC. Um dos principais focos é a prevenção Pneumonia Associada à Ventilação, seguindo diretrizes da DGS. Entre as medidas recomendadas inclui-se a realização de higiene oral pelo menos três vezes ao dia com clorexidina, se a permanência em UCI for superior a 48h; elevação da cabeceira do leito a aproximadamente 30° para reduzir o risco de aspiração; realização diária de provas de ventilação espontânea à pessoa candidata a extubação, preferencialmente, em modo de pressão assistida e avaliar a possibilidade de extubação e manter a pressão no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O, sempre que a pressão das vias aéreas o permita (DGS, 2022).

Além da pneumonia, apliquei os feixes de intervenção associados à prevenção de infeções associadas a cateteres venosos centrais (CVC), sendo essencial a aplicação de um conjunto de boas práticas na sua inserção e manutenção. Estas incluem a higiene rigorosa das mãos, antes e após a manipulação do CVC; o uso de barreiras estéreis completas durante a inserção (bata, luvas estéreis, touca e máscara); a realização da antissepsia da pele com clorexidina a 2% em álcool; a escolha criteriosa do local de inserção – evitando a veia femoral sempre que possível; e, a reavaliação diária da necessidade do cateter, removendo-o assim que deixar de ser essencial. No que diz

respeito à troca do penso do CVC, esta era realizada apenas se este se encontrasse sujo ou deslocado a cada 48h, pois os pensos utilizados na UCI possuíam uma compressa (DGS, 2022).

Uma outra preocupação por mim demonstrada é a prevenção de infeções do trato urinário associadas a cateteres vesicais, sendo recomendadas práticas como a inserção asséptica; a manutenção de um sistema fechado de drenagem urinária; a reavaliação diária da necessidade do cateter e a sua remoção precoce sempre que possível; bem como, a realização de higiene perineal adequada (DGS, 2022).

A adoção destas *bundles* nas UCI reflete o compromisso contínuo com a melhoria da qualidade dos cuidados e a segurança das pessoas, promovendo práticas baseadas na melhor evidência científica para minimizar riscos e otimizar os resultados clínicos. Desta forma, a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência antimicrobiana na UCI requer uma abordagem multifacetada, combinando medidas rigorosas de higiene, uso criterioso de antibióticos, vigilância microbiológica ativa e resposta coordenada da equipa de saúde.

Os enfermeiros EEMC assumem um papel importante no controlo da infeção, pois tem competência e conhecimentos que os diferenciam no seio das equipas multidisciplinares e cabe aos mesmos intervir para a capacitação das equipas, aumentando a cultura de segurança e qualidade na prestação de cuidados.

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu-me refletir detalhadamente sobre o processo de desenvolvimento de competências inerentes à prática de enfermagem, especialmente no contexto pré-hospitalar e UCI, evidenciando a complexidade, a responsabilidade e a multidimensionalidade do papel do EE. Este percurso revelou-se crucial não apenas para a consolidação de conhecimentos técnico-científicos, mas também para o amadurecimento profissional no que diz respeito aos aspetos humanos, relacionais e éticos, essenciais na prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Quer o contexto pré-hospitalar quer a UCI, apresentam particularidades que exigem um elevado nível de competências técnicas, capacidade de adaptação e raciocínio crítico, dada a imprevisibilidade e a urgência das situações enfrentadas. Durante o estágio no pré-hospitalar, foi possível experienciar cenários reais em que a necessidade de tomadas de decisão rápidas, baseadas em evidências científicas e protocolos atualizados, para uma prestação de cuidados seguros e eficazes. Na UCI, foi possível vivenciar situações reais em que a monitorização contínua, a gestão avançada de suporte ventilatório e hemodinâmico, bem como a tomada de decisões rápidas e fundamentadas em evidências e protocolos atualizados, foram essenciais para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados.

A experiência prática possibilitou a aquisição de competências fundamentais para responder adequadamente às exigências das diferentes etapas da prestação de cuidados, incluindo: realização de triagens rápidas e eficazes para identificar situações de risco de vida; implementação de procedimentos técnicos, como SAV, intubação endotraqueal, administração de fármacos e monitorização hemodinâmica; e, gestão da logística de transporte, organização do fluxo de informação entre as equipas e as unidades hospitalares, garantindo, desta forma, a continuidade dos cuidados.

Esta vivência contribuiu para reforçar a importância de agir sob pressão sem comprometer a qualidade e a humanização dos cuidados, características distintivas da prática de um EE. A comunicação eficaz com a PSC e família é um dos pilares fundamentais da prestação de cuidados de saúde, garantindo não só a clareza na transmissão de informações sobre o estado clínico, mas também apoio emocional e humanização dos cuidados. Durante o estágio, foi possível constatar que a escuta ativa, o uso de uma linguagem acessível e a empatia são essenciais para reduzir a ansiedade dos

familiares e fortalecer a relação entre a equipa e a PSC. Além disso, a implementação de estratégias estruturadas de comunicação contribui para a criação de um ambiente de confiança e colaboração, facilitando a tomada de decisões partilhada. Assim, destaca-se a importância do desenvolvimento contínuo das competências comunicacionais dos profissionais de saúde, promovendo uma prestação de cuidados mais humanizado e centrada na pessoa e na sua rede de apoio.

No âmbito das competências comuns, o estágio permitiu consolidar princípios que atravessam todas as áreas de atuação da enfermagem, com destaque para a eficiência na organização dos recursos humanos e materiais e a capacidade de priorizar intervenções. Foi evidente o impacto positivo de uma gestão eficaz na redução do tempo de resposta e na melhoria dos resultados clínicos. A habilidade para analisar, rapidamente, situações complexas e escolher as melhores intervenções, muitas vezes em ambientes de elevada pressão, revelou-se essencial. Tal competência foi alicerçada em protocolos clínicos, mas também em práticas baseadas em evidências, garantindo decisões fundamentadas e seguras.

Outro dos aspetos, que é de extrema importância, diz respeito à articulação com equipas compostas por diferentes profissionais de saúde (médicos, técnicos de emergência, psicólogos, entre outros) tornando-se evidente a necessidade de uma comunicação clara, objetiva e eficiente. A liderança colaborativa foi exercida como um fator determinante para a coordenação do cuidado e para evitar falhas na prestação de cuidados. Além disso, foi possível compreender como a ética, o respeito pela diversidade e a promoção de um ambiente de trabalho positivo contribuem para a segurança da PSC e para o desempenho positivo das equipas. Esta experiência consolidou a importância do EE como elemento essencial na garantia da estabilidade clínica da PSC, agindo como elo de ligação entre o pré-hospitalar e o meio hospitalar.

A realização deste mestrado representa um marco significativo na minha trajetória, promovendo uma transformação profunda tanto a nível pessoal quanto profissional. Este percurso académico não se limitou à aquisição de novos conhecimentos, mas impulsionou também o meu crescimento como enfermeiro, reforçando a minha capacidade de análise crítica, tomada de decisão e liderança no contexto da enfermagem especializada. Ao longo deste percurso, desenvolvi uma visão mais ampla e reflexiva sobre a prática de enfermagem, compreendendo de forma mais aprofundada a complexidade do cuidado à PSC. Esta formação proporcionou-me uma maior segurança na aplicação de protocolos

baseados em evidências, melhorando a minha capacidade de avaliar situações de risco, intervir com precisão e adaptar estratégias terapêuticas às necessidades específicas de cada pessoa. Além disto, este mestrado fortaleceu a minha autonomia e espírito crítico, incentivando-me a questionar práticas instituídas e a procurar constantemente melhorias para a prestação de cuidados.

Do ponto de vista humano e relacional, permitiu-me aperfeiçoar a minha comunicação com a PSC, famílias e equipas multidisciplinares, tornando-me mais empático e assertivo na interação com os diferentes atores envolvidos no processo de cuidado.

Por fim, esta experiência académica consolidou o meu compromisso com a investigação e inovação em enfermagem, incentivando-me a contribuir para o avanço da profissão, seja por meio da implementação de boas práticas, da participação em estudos científicos ou da promoção de uma cultura de ensino e aprendizagem dentro da equipa de saúde.

Este mestrado transforma-me num profissional mais preparado, crítico e inovador, capacitado para oferecer um cuidado de excelência, humanizado e seguro às PSC impactando diretamente a qualidade da assistência prestada e promovendo os melhores cuidados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia da República. (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro. Diário da República, 1.ª série-A, n.º 2

Assembleia da República. (2012). *Lei n.º 25/2012, de 16 de julho – Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e criação do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)*. Diário da República, 1.ª série, N.º 136. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/25-2012-206239>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press

Camelo, S. H. H., Pinheiro, A., Campos, D., & de Oliveira, T. L. (2009). Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 11(4), 1018-25

Conselho Europeu. (1997). *Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano em Face das Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*. Ministério Público de Portugal. https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf

Covos, J. S., Covos, J. F., & Brenga, A. C. S. (2016). A importância da triagem em acidentes com múltiplas vítimas. *Ensaios e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*, 20(3), 196-201

Dalla Nora, C. R., Deodato, S., da Silva Vieira, M. M., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2), 1-9.

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., & Hart, J. (2017). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103-128.

Decreto-Lei nº34/2012, de 14 de fevereiro do Ministério da Saúde. (2012). Diário da República: I série (32). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/34-2012-543036>

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04

Decreto-lei n.º 412/98 de 30 de Dezembro. “Carreira de Enfermagem.” Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/412-286105> [data da visita:30/10/2024]

Deodato, S. (2014). Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir. Almedina

de Oliveira CruzI, C., & RieraII, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. Aposente-se com mais tranquilidade para seu futuro, conte com o nosso serviço de assessoria INSS., 106

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República, 2.ª série, N.º 153, 20673-20678

Diário da República (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140, 2.ª série- nº 26

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022). *Feixe de intervenções de prevenção de pneumonia associada à intubação.* Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022). *Feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central.* Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022). *Feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.* Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt>

DGS. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI), Norma no 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013. Lisboa

- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383
- França, A. P., Ribeiro, C. I., Barroso, C., Segadães Moreira, M. D. F., Carvalho, A. L., Reis Santos, M., ... & Abreu, W. (2015). II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de comunicações e conferências
- Fey, M. K., Jenkins, L. S., & Kardong-Edgren, S. (2020). Debriefing practices in nursing education programs: Results from a national study. *Nurse Educator*, 45(4), 191-196. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000738>
- INEM. (2012). Situações de Exceção (Vol. Versão 1.0 1ª Edição)
- INEM. (2022). *Relatório de atividades e estatísticas*. <https://www.inem.pt/relatorio2022>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Carteira de Serviços INEM*. Recuperado de https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/09/Carteira-de-Servicos-INEM_ata_n66_23_08_23.pdf
- INEM. (2024). Plano de Atividade do INEM, I.P. Serviço Nacional de Saúde. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/Plano-de-Atividades-INEM-2023_homologado.pdf
- INEM. (2024). Plano Estratégico do INEM. Serviço Nacional de Saúde. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2024/07/Plano-estrategico-INEM-2024-2026_site.pdf
- INEM. (2024). Operações das Equipas de Emergência Pré-Hospitalar (Vol. Versão 1.0)
- Kalisch, B. J., Curley, M., & Stefanov, S. (2010). An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. *Journal of Nursing Administration*, 40(6), 277-284
- Kolbe, M., Grande, B., & Spahn, D. R. (2020). The art of debriefing in simulation-based education: A structured and evidence-based approach. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 34(3), 365-374. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.07.004>
- Lage, M. j., & Sousa, J. (Novembro - Dezembro de 2013). Implementar programas de qualidade e de segurança do doente:. *Tecno hospital*, pp. 22-27

Lopes, A., & Gama, S. (2024). *A importância da comunicação entre enfermeiros e pacientes críticos*. Revista Servir, 12(3), 45-60. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/37978>

Lopes, A. (2019). *A comunicação de más notícias em contexto de uma unidade de cuidados intensivos*. Disponível em: repositorio.ipv.pt

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. Wolters Kluwer

Mendes, A. S. M. (2022). *Abordagem à pessoa em situação crítica pelo enfermeiro no serviço de urgência em contexto de via verde de trauma* (Relatório de estágio de mestrado). Universidade do Minho

Moritz, R. D., & Lago, P. M. (2014). *Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva: Uma Abordagem Ética e Prática*. Revista Brasileira de Terapia Intensiva

Morton, P. G., & Fontaine, D. (2017). *Critical Care Nursing: A Holistic Approach*. 11th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health

Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. Harrison and Sons

Norma n.001/2017 de 08 de fevereiro do departamento de qualidade da saúde. (2017). Direção geral da saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Oliveira, L. C., & Costa, A. R. (2021). *A intervenção do enfermeiro especialista em situações de desastre: Competências e desafios*. Enfermagem em Foco, 13(4), 721-730

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 124/2011: Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento124_2011_competenciasesp ecifenfpessoasituacaocritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Regulamento n.º 533/2014: Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, 2.ª série, N.º 233, 20825-20832

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série, n.º 26

Organização Mundial da Saúde. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Author. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Pereira, M. (2020). *Emergências médicas e o papel das VMER no sistema de saúde português*. Editora Saúde & Vida

Pinho, C. A. O. (2020). *A comunicação no cuidado especializado ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos*. Disponível em: comum.rcaap.pt

Reis, V., P. (2007). *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa

Regulamento n.º 429/2018. Diário da República 2.ª série. 135 (16/07/2018). Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Rocha, M. 2004. Gestor de Cuidados. Nursing. N.º 185: 6-11

Santos, L., & Cerqueira, M. (2022). As experiências dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade na prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, 1-7

Serviço Nacional de Saúde. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

SIAARTI (2017). *End-of-life care in intensive care units: A consensus*

Simões, M. F. (2024). Comunicação e relação dos enfermeiros com a família da pessoa admitida em cuidados intensivos

Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., et al. (2016). *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*. JAMA

Silva, R., & Andrade, F. (2021). *O papel do Serviço de Emergência Médica (SIV) no sistema de saúde português*. Editora Médica Nacional

Silva, J. (2021). *Fundamentos da comunicação em enfermagem: Teoria e prática*. Editora Saúde & Ciência

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2020). História e evolução das Unidades de Cuidados Intensivos em Portugal. Recuperado de <https://www.spci.pt>

Söderström, K. A., Walther, S., & Ekelund, U. (2020). The development of intensive care medicine in Europe. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(1_suppl), 19-26. <https://doi.org/10.1177/2048872619889434>

Vincent, J. L., Einav, S., Pearse, R., Jaber, S., Kranke, P., Overdyk, F. J., & Guldner, A. (2016). Improving survival in global intensive care: Maximizing care in resource-limited settings. *Critical Care*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1283-8>

Vincent, J. L., Bihari, D. J., Suter, P. M., Bruining, H. A., White, J., Nicolas-Chanoin, M. H., ... & Sprung, C. L. (2010). *The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe: Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study*. JAMA, 274(8), 639-644

Apêndices

Apêndice I

Via Verde Trauma



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

“A pessoa em situação crítica e família: Vigilância e decisão clínica”

VIA VERDE TRAUMA

Universidade Católica Portuguesa – Porto
Instituto de Ciências da Saúde e Enfermagem
Porto, junho de 2024



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

“A pessoa em situação crítica e família: Vigilância e decisão clínica”

VIA VERDE TRAUMA

Elaborado por: Diogo Luís Ribeiro Moura

Orientador: Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde e Enfermagem

Porto, junho de 2024

Lista de siglas e abreviaturas

DGS – Direção Geral da Saúde

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ET – Equipa de Trauma

PIB – Produto interno bruto

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de urgência Médico-cirúrgico

TC- Tomografia computadorizada

UC – Unidade curricular

UCP – Universidade Católica Porto

ULSTS – Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

VA – Via Aérea

VVT – Via Verde Trauma

Índice

1. Introdução.....	77
2. Trauma.....	79
3. Via Verde Trauma.....	81
3.1 Constituição da Equipa de Trauma.....	82
3.2 Critérios de ativação da Equipa de Trauma.....	83
3.3 Avaliação Inicial e atitudes adjuvantes da avaliação inicial.....	85
3.4. Registo de trauma.....	87
4. Conclusão.....	89
5. Referências Bibliográficas.....	90

Índice de tabelas

Tabela. I Constituição da equipa de trauma no SUMC	83
Tabela. II Critérios de ativação da ET	84

1. Introdução

A elaboração deste trabalho insere-se no âmbito da unidade curricular (UC): A pessoa em situação crítica (PSC) e família: vigilância e decisão clínica integrado no Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

O trabalho desenvolvido surge para dar resposta à identificação de uma das necessidades de formação encontrada na equipa do Serviço de Urgência (SU) de uma Unidade de Local de saúde da região Norte e também como resposta aos objetivos delineados no projeto estágio para este ensino clínico.

A escolha deste tema deve-se também à sua relevância e atualidade, além do interesse pessoal e profissional na área. Uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEEMC) na Área de Enfermagem à PSC é prestar cuidados ao paciente em situação de emergência, antecipando instabilidades e riscos de falência orgânica. Portanto, é considerado importante compreender a importância da ativação da Via Verde Trauma (VVT).

A elaboração deste trabalho tem como objetivos:

- Elaborar um protocolo de ativação VVT para o SU;
- Identificar os critérios de ativação da VVT;
- Identificar a ET e formas de atuação.

O trauma é um problema de saúde pública que a cada ano mata cerca de 5,8 milhões de pessoas em todo o mundo e muitas outras ficam com sequelas para toda a vida. Nos países com baixo e médio produto interno bruto (PIB), o número de mortes provocadas por este flagelo ultrapassa os 90% (WHO, 2009).

Diversos países com elevado PIB têm reduzido de maneira significativa a mortalidade por trauma ao melhorar a organização e o planeamento do atendimento às pessoas vítimas de trauma. Isto tem sido possível por meio da implementação de sistemas de trauma abrangentes, que cobrem todos os aspetos do cuidado desde o atendimento pré-hospitalar, a ressuscitação inicial no hospital, até o cuidado definitivo a longo prazo (WHO, 2009).

Em 2023, em Portugal foram registados 34974 acidentes de viação com vítimas e deste número resultaram 43495 vítimas de trauma e 467 mortos (Pordata, 2024). Números

bastante preocupantes e apenas referentes a vítimas de acidentes de viação, sendo que trauma pode ser provocados por muitos outros fatores.

Atualmente, é reconhecido que, assim como no caso do Acidente Vascular Cerebral, do Enfarte Agudo do Miocárdio e da Sepsis, também para o Trauma existe um conjunto de medidas que, se aplicadas nas fases iniciais da doença, podem diminuir as complicações e a mortalidade associadas (DGS, 2022).

Em Portugal, existe uma grande prevalência de trauma e para reduzir o seu impacto é aconselhável o investimento na prevenção e no tratamento deste flagelo.

Desta forma, é muito importante que os sistemas de saúde estejam organizados e possuam redes estruturadas de emergência para atender estas situações, no caso de Portugal esta abordagem é realizada por diretrizes produzidas pela Direção Geral de Saúde (DGS), tendo por exemplo nesta abordagem a VVT.

Estruturalmente este trabalho encontra-se organizado por três capítulos. No primeiro capítulo, a introdução é abordado o enquadramento teórico e a pertinência do tema. No segundo a definição do conceito de Trauma e no terceiro capítulo são abordadas todas as questões relacionada com a VVT, a constituição da equipa, os critérios de ativação, a avaliação inicial e os seus adjuvantes e por último a avaliação secundária com princípios de tratamento.

2. Trauma

O trauma representa um problema com inúmeras implicações, apresentando-se como um desafio para várias sociedades, com repercussões sociais e económicas de grande importância (Despacho 8977, 2017).

Do ponto de vista fisiológico, o trauma é definido como uma lesão tecidual que ocorre de forma súbita devido a violência ou acidente. Essa lesão desencadeia no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal uma resposta imunológica e metabólica destinada a restaurar a homeostase (Dumovich & Singh, 2023).

Já segundo a Emergency Nurses Association, o trauma pode ser definido como um evento, uma série de eventos que um indivíduo experimenta como prejudiciais fisicamente ou emocionalmente, ou que colocam sua vida em risco. Esses eventos têm impactos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual da pessoa.

O trauma pode ser classificado por trauma penetrante, fechado e de dilaceração. São considerados trauma: acidentes rodoviários, onde se inclui atropelamentos e acidentes com velocípedes motorizados ou não, lesões autoinfligidas, violência interpessoal quedas de vários tipos, habitualmente em altura, envenenamento, afogamento e incêndio (Gonçalves, 2024).

Este flagelo é uma das principais causas de morte e incapacidades permanentes em todo o mundo. As lesões resultantes podem variar em termos de intensidade, extensão e gravidade.

A morte nas vítimas de trauma é ainda um realidade muito presente, e segundo Lansink 2013, citado por Gonçalves 2024, pode ocorrer em 3 períodos ou picos. O primeiro pico ocorre segundos ou minutos após trauma, e está associado a apneia, causada por lesão cerebral traumática grave e/ou por lesões medulares altas ou rutura cardíaca. Devido a este tipo de lesões graves, poucas são as vítimas com capacidade de recuperação.

O segundo pico (morte precoce), ocorre geralmente entre minutos a duas ou três horas após trauma e estão associadas a hematomas subdurais e epidurais, hemopneumotórax, rutura de baço, lacerações do fígado e fraturas pélvicas. Se a atuação for na primeira hora,

ou na denominada hora dourada, a vítima tem maior probabilidade de sobrevivência e com menores comorbidades.

Por último, o terceiro pico denominado como morte tardia, que geralmente ocorre entre vários dias e semanas após o trauma inicial. Esta associado a sépsis e disfunção multiorgânica.

3. Via Verde Trauma

As vias verdes atuam como uma estratégia para melhorar a acessibilidade da pessoa ao diagnóstico e tratamento mais adequado durante a fase aguda das doenças, dentro da janela terapêutica comprovadamente mais eficaz (ARS Norte, 2009).

No contexto do trauma, há um conjunto de ações que, se realizadas de forma oportuna, diminuem as complicações e a mortalidade associadas. Dessa forma, surge o conceito de VVT.

A VVT é um algoritmo clínico destinado à avaliação e tratamento de um processo patológico, onde a relação entre o tempo de execução de um conjunto de ações clínicas é crucial para o resultado final (DGS, 2012).

Funciona segundo o princípio de levar a pessoa adequado ao local apropriado no menor tempo possível, com o objetivo de acelerar o processo de triagem, avaliação, diagnóstico precoce e encaminhamento para o hospital correto de maneira oportuna (Gonçalves, 2024).

Este é um método inclusivo e organizado que permite a sua implementação em todos os SU, que deve ser adaptado às particularidades de cada local.

Esta via verde é composta por cinco fatores essenciais:

- Critérios de ativação da Equipa de Trauma (Triagem);
- Equipa de trauma organizada, com coordenador definido;
- Registos;
- Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos);
- Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora).

A VVT estabelece critérios de ativação e fornece diretrizes de atuação, tornando-se uma ferramenta importante e valiosa no atendimento a vítimas de trauma. Não apenas beneficia pela deteção de casos potencialmente críticos e pela realização mais rápida de exames complementares de diagnóstico, mas também é uma vantagem para os profissionais, pois permite que trabalhem de maneira mais segura e organizada (Almeida et al., 2020).

Nesse mesmo estudo foram identificados alguns fatores barreira para a implementação da VVT como o desconhecimento em geral dos profissionais em relação à temática, os custos associados e a motivação das equipas/conflitos inter-equipa.

3.1 Constituição da Equipa de Trauma

A avaliação, o diagnóstico e o tratamento de uma vítima de trauma exigem uma equipa multidisciplinar, onde cada membro da equipa deve conhecer o seu papel (Gillman et al., 2016).

De acordo com o tipo de urgência em questão, a norma DGS 012/2022, define o tipo de equipa e as especialidades necessárias para a atuação de forma segura.

No SU , tratando-se de um SU médico cirúrgico é necessária uma equipa multidisciplinar constituída pelo médico coordenador da ET, e um especialista de cada uma das especialidades enumeradas em seguida: medicina interna, medicina intensiva, imunohemoterapia, anestesiologia, cirurgia geral e ortopedia. Todos os intervenientes devem ter formação em medicina de emergência (SAV, formação avançada em trauma).

Para além das especialidades médicas referidas anteriormente, as equipas devem ser constituídas por 2 enfermeiros EEMC, na área da pessoa em situação crítica ou com competências acrescidas em enfermagem extra-hospitalar e por um assistente operacional com que esteja integrado na sala de emergência e com competências em SBV e técnicas de trauma e imobilização.

A equipa de trauma (ET) deve ser liderada por um médico com formação em medicina intensiva e com elevada capacidade de liderança, ou então por médico com formação avançada em trauma. Esta liderança inclui funções como: definição de prioridades de diagnóstico e terapêutica, ativar todos os elementos necessários para a equipa e decisão do local a internar.

No que diz respeito aos enfermeiros pertencentes à ET é essencial identificar um enfermeiro que apoie o médico coordenador. Este enfermeiro deve pertencer ao SU ou ao Serviço de Medicina Intensiva e é responsável por integrar a ET e gerir os recursos técnicos e equipamentos de trauma na sala de emergência. O segundo enfermeiro dá apoio ao primeiro enfermeiro, definindo com este as competências de cada um.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Competências
Médico coordenador da ET	Formação em medicina de emergência – SAV; Formação Avançada em trauma. Competência em emergência médica
Médico de medicina interna	Formação em medicina de emergência – SAV; Formação Avançada em trauma. Competência em emergência médica
Médico de medicina intensiva	Formação em medicina de emergência – SAV; Formação Avançada em trauma. Competência em emergência médica
Médico de imunohemoterapia	Formação e experiência em trauma
Médico de anestesiologia	Formação em medicina de emergência – SAV; Formação Avançada em trauma. Competência em emergência médica
Médico cirurgião geral	Formação em medicina de emergência – SAV; Formação Avançada em trauma. Competência em emergência médica
Médico ortopedista	Formação em medicina de emergência – SAV; Formação Avançada em trauma. Competência em emergência médica
Enfermeiro (2 elementos)	Enfermeiros especialistas em Médico Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica com competências acrescidas em emergência Extra-Hospitalar
Assistente operacional	Conhecimentos da metodologia da sala de emergência, com formação em SBV e técnicas de trauma e imobilização

Tabela. I Constituição da equipa de trauma no SUMC – (012/2022 DGS, 2022)

3.2 Critérios de ativação da Equipa de Trauma

O enfermeiro assegura a priorização do atendimento com base em evidências científicas, o que simultaneamente melhora a gestão dos recursos e eleva a qualidade dos cuidados prestados, de forma sequencial e uniformizada (Almeida et al., 2020).

Cabe aos enfermeiros realizar a avaliação inicial da vítima de trauma e, se necessário, ativar a ET por meio da entidade coordenadora (Gauss et al., 2019).

O principal objetivo da triagem é verificar as vítimas de trauma mais grave de forma a que estas cheguem ao hospital precocemente ou nas primeiras quatro horas, de forma a receberem tratamento o mais rapidamente possível (Calland et al., 2015).

A ativação da VVT pode e deve acontecer sempre que se verificar apenas um dos critérios de ativação, esteja este associado à parte fisiológica da lesão, anatomia da lesão ou mecanismo de lesão. Estes critérios são sobreponíveis aos da Triagem de Manchester (prioridade emergente e ou prioridade muito urgente), sendo que as duas triagens devem ser utilizadas de forma complementar (Almeida et al., 2020) .

De acordo com (DGS, 2022), se a vítima de trauma não cumprir com nenhum dos critérios de ativação da VVT, deve ser avaliada na área cirúrgica de acordo com a prioridade atribuída pela Triagem de *Manchester*.

Os critérios para ativação da VVT em diferentes países, estão organizados de uma forma geral por: critérios fisiológicos, critérios anatómicos e critérios relacionados com o mecanismo de lesão. A VVT pode ser desativada pelo coordenador da equipa sempre que não se confirme a gravidade da vitima, ou pode ser ativada sempre que se verifique agravamento de uma vítima de trauma a quem não tinha sido ativada a via verde (DGS, 2022).

Na seguinte tabela são apresentados os critérios para ativação da VVT, segundo os critérios repercussões fisiológicas da lesão, anatomia da lesão e mecanismo de lesão.

REPERCUSSÕES FISIOLÓGICAS DA LESÃO

- Frequência respiratória < 10 ou > 29 cpm
- SaO2 <90 mmHg
- Escala de Coma de Glasgow (ECG) <14 ou queda superior ou igual a 2 pontos desde o acidente

ANATOMIA DA LESÃO

- Fratura do crânio com afundamento
- Traumatismo vertebro-medular
- Retalho costal móvel
- Fratura de 2 ou mais ossos longos
- Fratura instável da bacia
- Amputação proximal ao punho ou tornozelo
- Amputação do membro ou parte deste (com potencial de reimplantação)
- Queimaduras major 2º grau >20% ou 3º grau >5% (face, pescoço, tórax circunferenciais, mãos e pés)
- Queimaduras com inalação

MECANISMO DE LESÃO

- Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
- Qualquer mecanismo com projeção da vítima
- Encarceramento físico ou mecânico (>30min)
- Quedas >6metros
- Evento multi-vítimas (com 5 ou mais vítimas)
- Enforcamento, submersão ou afogamento

Tabela. II Critérios de ativação da ET - (012/2022 DGS, 2022)

Quanto aos critérios para ativação da ET, durante a triagem, o enfermeiro dá prioridade ao atendimento da pessoa vítima de trauma, baseado na avaliação inicial e no cumprimento dos critérios estabelecidos. A ET deve ser ativada por telefone em menos de três minutos (DGS, 2010).

3.3 Avaliação Inicial e atitudes adjuvantes da avaliação inicial

Para a vítima de trauma o tempo é essencial, e por este facto é de extrema importância que a abordagem seja sistemática, rápida, precisa, coordenada e adequada com a finalidade de identificar as lesões potencialmente fatais (Almeida et al., 2020).

A avaliação destas vitimas deve ser de forma sequencial e por ordem de relevância de acordo com o “ABCDE”, para que se possa identificar e corrigir as situações que

ameaçadoras para a vida, não ultrapassando o valor máximo de 20 minutos em sala de emergência (Gomes et al., 2022).

Esta abordagem é extremamente importante pelo facto da grande maioria das mortes estarem relacionadas com a incapacidade de identificar e tratar problemas básicos relacionados com via aérea, respiração e circulação.

De acordo com a DGS 2022, é aconselhável que quando se inicia a avaliação primária se deva iniciar também as atitudes adjuvantes da avaliação inicial. Sendo estas, a monitorização, colheitas laboratoriais e os exames imagiológicos.

A avaliação primária (DGS 2022):

No que diz respeito ao “A” Via aérea (VA) do politraumatizado é essencial respeitar a estabilização e imobilização da coluna cervical e ao mesmo tempo o fornecimento oxigénio, sendo que a obstrução das vias aéreas é uma das principais causas de morte evitáveis que se verificam nestes casos.

“B” Ventilação e oxigenação, deve ser avaliado e controlada a respiração, entubando e ventilando se necessário.

Segundo Gomes et al., 2022, a todas as vítimas de trauma deverá ser fornecido oxigénio para manter saturações >92% nos adultos e nas grávidas >98%, evitando a hipoxémia ou a hiperóxia.

“C” Circulação, avaliar e controlar a função cardiovascular, parar a hemorragia externa e iniciar fluidoterapia, ativar se necessário protocolos de hemorragia maciça.

A hemorragia é a principal causa de morte na vítima de trauma, e por este facto é importante avaliar os 5 locais com maior potencial para uma hemorragia relevante: tórax, abdómen, retroperitoneu, pélvis e ossos longos (Gomes et al., 2022).

Deve ser iniciada a reposição volémica com solução cristalóide balanceada até um volume máximo de 1L e em seguida transfundir hemoderivados ou vasopressores, se assim for necessário (Semler et al., 2018).

Cada instituição deve ter disponível um protocolo de transfusão maciça, com as indicações claras para a sua ativação, que vai ao encontro do defendido por Holcomb 2015, que defende que a transfusão deve seguir a razão de 1:1:1, de concentrado de hemácias, plaquetas e plasma fresco congelado.

Nestas vítimas de trauma, a coagulopatia encontra-se condicionada, por fibrinólise e consumo de fatores de coagulação, sendo que está aconselhado e comprovado que a administração de Ácido tranexâmico nas primeiras 3 horas melhora a sobrevivência da vítima de trauma. Deve ser administrado 1 grama de Ácido tranexâmico em bólus e em seguida perfusão de 1 grama em 8h (Gomes et al., 2022).

“D” Disfunção neurológica, avaliar e controlar a disfunção do sistema nervoso central de acordo com a ECG.

Uma classificação ≤ 8 na ECG implica intubação orotraqueal para proteção da Via Aérea.

“E” Exposição, avaliação do ambiente externo, evitando a hipotermia.

A vítima deve ser exposta e avaliada da cabeça aos pés, para que se possa observar se existe mais alguma lesão ainda não identificada (Gomes et al., 2022).

A abordagem correta para uma vítima de trauma deve ir de encontro a “problema encontrado= problema resolvido” (ATLS, 2018).

Segundo a norma 012/2022 da DGS, existem um conjunto de exames imagiológicos obrigatórios para a vítima de trauma grave, onde são incluídos: a radiografia ântero-posterior do tórax e bacia, tomografia computadorizada TC crânio encefálico, TC de toda a coluna, TC toraco-abdómino-pélvico com contraste e angio-TC, TC maxilo-facial, radiografia/TC dos membros ou de outros segmentos corporais e TC de corpo inteiro no caso de trauma major.

Na avaliação secundária cujo tempo alvo deve ser inferior a 60 minutos, deve obter-se informações complementares através da mnemónica AMPLE (alergias, medicação, história prévia, última refeição e ambiente), considerar também a profilaxia antitetânica e antibioterapia se assim for indicado, algumas análises complementares mais específicas e muito importante, a formulação de um plano de atuação onde estará incluído o tratamento e encaminhamento da vítima de trauma (DGS, 2022).

3.4. Registo de trauma

Os registos de trauma são de extrema importância, uma vez que nos permitem avaliar e analisar os dados e elaborar estratégias para desenvolver medidas preventivas, melhorar sistemas onde foram detetadas falhas, para a dotação de recursos e para a realização de prováveis alterações no desenho e implementação da VVT. Para além disto, permite

monitorizar a VVT, sendo desta forma possível conhecer a realidade epidemiológica em questão (DGS, 2022).

O desenvolvimento de um registo europeu de trauma pode fornecer dados sobre incidência, epidemiologia e tendências de trauma. Além disso, pode permitir o desenvolvimento de modelos regionais de previsão de resultados (levando em consideração fatores europeus especiais) e, assim, definir normas básicas para futuros estudos de resultados de trauma (Ringdal et al., 2008).

De acordo com a DGS (2022), tanto a comunicação verbal quanto a documentação devem utilizar mnemônicas como AT-MIST (idade; tempo do acidente; mecanismo de lesão; lesões comprovadas ou presumidas; sintomas e sinais vitais; tratamentos administrados e recomendados), ABCDE, ou RHSP (razão; história; sinais vitais e plano).

Independentemente da mnemônica escolhida, deve ser incluído:

- Dados demográficos da vítima de trauma (idade, sexo, comorbidades);
- Dados do acidente (mecanismo de lesão, causa externa, intenção de lesão, hora do acidente);
- Dados clínicos (sinais vitais no local, traumas suspeitos, tratamentos realizados);
- Dados do transporte (variação dos sinais vitais, intercorrências).

(Gonçalves, 2024)

4. Conclusão

A atualização constante das ET é de extrema importância para que as equipes profissionais sejam competentes e constantemente atualizadas cientificamente, de forma a permitirem abordagens sistematizadas e organizadas, para que consequentemente se priorizem tratamentos e se evitem lesões inesperadas.

Os enfermeiros tem um papel preponderante no correto funcionamento da VVT, pois são os principais responsáveis pela sua ativação, identificando e priorizando critérios fisiológicos, anatômicos e mecanismos de lesão e colaborando em todo o processo intimamente ligado à VVT.

Espero com esta pesquisa bibliográfica, sensibilizar os meus colegas para esta temática e a importância da sua instituição, num serviço em que existe um elevado número de vítimas de trauma. Com o material fornecido espero que o SU da ULTS consiga instituir a VVT.

5. Referências Bibliográficas

Acidentes de viação em Portugal Continental: acidentes com vítimas, feridos e mortos. (2024, May 10). PORDATA - ESTATISTICAS SOBRE PORTUGAL E EUROPA. Retrieved June 15, 2024, from <https://www.pordata.pt/portugal/acidentes+de+viacao+em+portugal+continental+acidentes+com+vitas++feridos+e+mortos-326-3585>

Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). Um ano de Reflexão e Mudança: Comissão Regional do Doente Crítico. Porto: ARSN

Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-66

ATLS [Advanced Trauma Life Support] (2018). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual*, 10ª edição. Chicago: American College of Surgeons. Disponível em <https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf>

Calland, J.F. and G.J. Stukenborg, Trauma centre patient volume and inpatient mortality risk reconsidered. *Injury*, 2015

Despacho n.º 8977/2017 de 11 de outubro (2017). *Diário da República* n.º 196/2017. Série II. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

DGS [Direção-Geral da Saúde] (2010). Circular normativa n.º 07/DQS/DQCO: Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. Lisboa: Autor

Direção Geral da Saúde. (2012). Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência e urgência, Relatório CRRNEU. Retirado de: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>,

DGS [Direção-Geral da Saúde] (2022). NORMA: 012/2022: Via Verde do Trauma no Adulto. Lisboa: Autor. Disponível em Norma 2 (novo design)_SPMS_V2 (min saude.pt)

Dumovich J, Singh P. (2023) Physiology, Trauma. [Updated 2022 Sep 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538478/>

ENA. Emergency Nurses Association. (2019). Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide. Retirado de: <https://www.ena.org/education/tccc>

Gauss, T., Balandraud, P., Frandon, J., Abba, J., Ageron, F. X., Albaladejo, P., Arvieux, C., Barbois, S., Bijok, B., Bobbia, X., Charbit, J., Cook, F., David, J. S., Maurice, G. D. Saint, Duranteau, J., Garrigue, D., Gay, E., Geeraerts, T., Ghelfi, J., ... Bouzat, P. (2019). Strategic proposal for a national trauma system in France. *Anaesthesia Critical Care and Pain Medicine*, 38(2), 121–130. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2018.05.005>

Gillman, L. M., Brindley, P. G., Blaivas, M., Widder, S., & Karakitsos, D. (2016). Trauma team dynamics. *Journal of Critical Care*, 32, 218-221

Gonçalves, J. M. T. (2024). Análise da via verde trauma de um serviço de urgência do norte de Portugal (Doctoral dissertation)

Gomes, J. R., Germanova, L., & Mega, M. (2022). Considerações da abordagem inicial ao adulto vítima de trauma. *Life Saving Scientific: Previously Separata Científica*, 2(1), 21-32

Holcomb JB, Tilley BC, Baraniuk S, Fox EE, Wade CE, Podbielski JM, et al. Transfusion of plasma, platelets, and red blood cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 ratio and mortality in patients with severe trauma: the PROPPR randomized clinical trial. *JAMA*. 3 de Fevereiro de 2015;313(5):471–82

Semler MW, Self WH, Wanderer JP, Ehrenfeld JM, Wang L, Byrne DW, et al. Balanced Crystalloids versus Saline in Critically Ill Adults. *N Engl J Med*. Março de 2018;378(9):829–39

Ringdal, K. G., Coats, T. J., Lefering, R., Di Bartolomeo, S., Steen, P. A., Røise, O., Handolin, L., Lossius, H. M., & Utstein TCD expert panel (2008). The Utstein template for uniform reporting of data following major trauma: a joint revision by SCANTEM, TARN, DGU-TR and RITG. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 16, 7. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-16-7>

World Health Organization. (2009). Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma. Geneva: WHO

Apêndice II

Via Verde Trauma: *Poster*



VIA VERDE TRAUMA

Diogo Moura, Amélia Ferreira
 Universidade Católica Porto
 Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem



1

TRAUMA

Do ponto de vista fisiológico, o trauma é definido como uma lesão tecidual que ocorre de forma súbita devido a violência ou acidente. Essa lesão desencadeia no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal uma resposta imunológica e metabólica destinada a restaurar a homeostase.

VIA VERDE TRAUMA

2

A VVT é um algoritmo clínico destinado à avaliação e tratamento de um processo patológico, onde a relação entre o tempo de execução de um conjunto de ações clínicas é crucial para o resultado final.

5

AValiação INICIAL

"A" VIA AÉREA

- Estabilização e imobilização da coluna cervical e fornecimento oxigênio

"B" VENTILAÇÃO

- Avaliar e controlar a respiração, entubando e ventilando se necessário

"C" CIRCULAÇÃO

- Avaliar e controlar a função cardiovascular, parar a hemorragia externa e iniciar fluidoterapia, ativar se necessário protocolos de hemorragia maciça
 - Reposição volêmica com solução cristalóide
 - Transfundir hemoderivados ou vasopressores
 - 1grama de Ácido tranexâmico em bólus e em seguida perfusão de 1 grama em 8h
 - Se ativação do protocolo de transfusão maciça (1:1:1, de concentrado de hemácias, plaquetas e plasma fresco congelado)

"D" DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

- Avaliar e controlar a disfunção do sistema nervoso central de acordo com a ECG

"E" EXPOSIÇÃO

- A pessoa deve ser exposta e avaliada da cabeça aos pés, para que se possa observar se existe mais alguma lesão ainda não identificada.

3



EQUIPA DE TRAUMA

- Médico coordenador
- Médico de Medicina Interna
- Médico de Medicina Intensiva
- Médico de Imunohemoterapia
- Médico de Anestesiologia
- Médico de Cirurgião Geral
- Médico Ortopedista
- Enfermeiros (2 elementos)
- Técnicos Auxiliares de Saúde

4

CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO

REPERCURSÕES FISIOLÓGICAS DA LESÃO:

Frequência respiratória <10 ou >29 cpm
 SaO2 <90mmHg
 ECG <14 ou <2 pontos desde o trauma

ANATOMIA DA LESÃO:

Fratura do crânio com afundamento
 Traumatismo vertebro-medular
 Retalho costal móvel
 Fratura de 2 ou mais ossos longos (fêmur, úmero, tibia)
 Fratura instável da bacia
 Amputação proximal do punho ou tornozelo
 Amputação parcial de membro
 Queimaduras major de 2º grau >20% ou 3º grau >5%
 Queimaduras com inalação

MECANISMO DE LESÃO:

Trauma penetrante
 Mecanismos de projeção
 Encarceramento físico ou mecânico (>30min)
 Quedas com >6 metros
 Evento multi-vítimas (5 ou mais vítimas)
 Enforcamento, submersão e afogamento

6

EXAMES IMAGIOLÓGICOS

- Radiografia ântero-posterior do tórax e bacia
- TC crânio encefálico
- TC de toda a coluna
- TC toraco-abdômino-pélvico com contraste
- TC maxilo-facial
- Radiografia/TAC dos membros ou de outros segmentos corporais
- TC de corpo inteiro no caso de trauma major

BIBLIOGRÁFICAS



Apêndice III

ISBAR: Abordagem estruturada para uma comunicação segura e eficaz em saúde



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

ISBAR: Abordagem estruturada para uma comunicação segura em saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde e Enfermagem

Porto, setembro de 2024



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

ISBAR: Abordagem estruturada para uma comunicação segura e eficaz em saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

Elaborado por: Diogo Luís Ribeiro Moura

Orientador: Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Universidade Católica Portuguesa – Porto
Instituto de Ciências da Saúde e Enfermagem
Porto, setembro de 2024

Lista de siglas e abreviaturas

DGS - Direção Geral da Saúde

DRN - Delegação Regional do Norte

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

PSC - Pessoa em situação crítica

UC - Unidade curricular

UCP - Universidade Católica Portuguesa

Índice

1. Introdução.....	101
2. ISBAR	103
3. Caso Clínico	106
4. Conclusão	108
5. Referências Bibliográficas.....	109

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo explicativo da Técnica ISBAR.....	104
---	-----

1. Introdução

A elaboração deste trabalho insere-se no âmbito da unidade curricular (UC): Estágio final e Relatório integrado no Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

O trabalho desenvolvido surge para dar resposta à identificação de uma necessidade de formação encontrada na equipa do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) da Delegação Regional do Norte (DNR) e também como resposta aos objetivos delineados no projeto estágio para este ensino clínico.

Este tema foi escolhido devido à sua relevância atual, além do interesse pessoal e profissional na área, estando diretamente relacionado ao projeto desenvolvido para o relatório final. A abordagem foca-se na comunicação, que desempenha um papel crucial na segurança e na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica (PSC).

A transferência de informações em situações de alto risco está intimamente ligada à incidência de erros clínicos. Em termos de segurança da pessoa, os períodos de transição de cuidados são considerados momentos críticos e vulneráveis. À medida que a complexidade do caso aumenta, o risco de falhas e erros também se eleva. (Chaica et al., 2024).

A segurança da pessoa é uma preocupação global que tem merecido intervenção das principais organizações científicas internacionais. Da mesma forma, em Portugal, foi implementado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, em conformidade com as recomendações do Conselho da União Europeia. Este plano serve como referência para a adoção de boas práticas de segurança e está estruturado em 5 cinco pilares, sendo o terceiro relacionado com a comunicação. É objetivado melhorar a comunicação e segurança do processo de transição de cuidados (DGS, 2022).

Desta forma, com o objetivo de padronizar as práticas de comunicação entre os profissionais, garantindo que as informações sobre as pessoas sejam transmitidas de forma precisa e oportuna, reduzindo desta forma os riscos de eventos adversos e, conseqüentemente, a mortalidade, surge a norma (001/2017) publicada pela Direção Geral da Saúde (DGS) que recomenda a utilização da técnica ISBAR: I (Identificação), S (Situação atual), B (Antecedentes), A (Avaliação) e R (Recomendações) como método

de eleição para a transmissão de cuidados prestados. A norma referida anteriormente, reforça que o plano anual de formação de cada instituição deve incluir a capacitação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, abrangendo a técnica ISBAR (DGS, 2017).

A elaboração deste trabalho tem como objetivos:

- Promover a segurança da PSC na transição de cuidados;
- Divulgar a metodologia ISBAR como método seguro e eficaz na transmissão de informação;
- Aplicar a metodologia ISBAR na transição de cuidados à PSC.

Estruturalmente este trabalho encontra-se organizado por três capítulos. No primeiro capítulo, a introdução onde é abordado o enquadramento teórico e a pertinência do tema. No segundo, a descrição da técnica ISBAR e por ultimo um caso clinico para exercício e aplicação da técnica.

Para a concretização deste trabalho recorreu-se a uma metodologia descritiva e adotou-se a *American Psychological Association* (7^a edição), bem como as recomendações da Universidade Católica Portuguesa.

2. ISBAR

A transição de cuidados de saúde refere-se à transferência de responsabilidade pelos cuidados e pela troca de informações entre diferentes profissionais, com o objetivo de assegurar a continuidade e a segurança da pessoa. À medida que aumenta a complexidade da prestação de cuidados, aumenta também o risco de erros na comunicação e consequentemente podem surgir momentos vulneráveis para a segurança da pessoa. De acordo com (DGS, 2017), 70% dos eventos adversos surgem devido a falhas de comunicação entre profissionais de saúde.

Não adotando um processo de comunicação segura, comprometemos a segurança da pessoa que é definido pela (DGS, 2017) como: “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.”

As falhas de comunicação podem ocorrer de diferentes maneiras, como a falta de informação, dados incorretos, omissões, informações incompletas, distorção da mensagem passada ou a ausência de priorização das atividades (Correia et al., 2024).

Neste sentido, a DGS emitiu uma norma 001/2017 no âmbito da segurança da comunicação, que determina que a transição de informações deve ser realizada segundo a metodologia ISBAR. Um modelo padronizado, simples, flexível, conciso e claro de transmissão de cuidados seguros.

O ISBAR é uma mnemônica desenvolvida para aumentar a segurança na transmissão de informações críticas. Criada a partir do SBAR (Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendação), originalmente criado para as forças militares dos Estados Unidos para comunicação em cenários altamente complexos. Foi adaptado para o setor da saúde, com o objetivo de melhorar a segurança e qualidade na prestação de cuidados às pessoas. A inclusão da letra "I" (Identificação) garante que todos os envolvidos na comunicação sejam corretamente identificados, reforçando a segurança na transferência de informações (Jacinto, 2019).

Assim, assegura-se a qualidade da transferência de cuidados, abrangendo cinco elementos essenciais: a identificação dos envolvidos, o estado de saúde atual, os objetivos do tratamento, o plano de cuidados, a antecipação de eventos necessários ao tratamento e

os planos de contingência devidamente justificados. Garante-se a transmissão de um conjunto mínimo de informações essenciais para cuidados seguros e uma descrição precisa da condição da pessoa (Jacinto, 2019).

No quadro seguinte é possível observar o modelo explicativo da metodologia ISBAR:

Mnemónica ISBAR	
<p>I</p> <p>Identificação</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<p>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;</p> <p>b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;</p> <p>c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;</p> <p>d) Serviço de origem/destinatário;</p> <p>e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</p>
<p>S</p> <p>Situação Atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão;</p> <p>b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;</p> <p>c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.</p>
<p>B</p> <p>Antecedentes/ Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos;</p> <p>b) Níveis de dependência;</p> <p>c) Diretivas antecipadas de vontade;</p> <p>d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;</p> <p>e) Hábitos relevantes;</p> <p>f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;</p> <p>g) Técnicas invasivas realizadas;</p> <p>h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;</p> <p>i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</p>
<p>A</p> <p>Avaliação</p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<p>a) Problemas ativos;</p> <p>b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;</p> <p>c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;</p> <p>d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>
<p>R</p> <p>Recomendações</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;</p> <p>b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;</p> <p>c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

Figura 1 – Modelo explicativo da Técnica ISBAR/ DGS 2017

A comunicação deve ser clara e entendida por todos os envolvidos, além de respeitar os princípios éticos. Assim, o método ISBAR oferece uma estrutura para a troca de informações entre os profissionais sobre a condição e situação de cada pessoa, possibilitando a antecipação de ações e ajuste de abordagens (Caselhas, 2020).

Há vários instrumentos em formato de mnemônica que facilitam a transferência de informações de forma estruturada e padronizada. No entanto, nem todos são validados. A mnemônica SBAR é a mais amplamente utilizada e validada internacionalmente.

O uso desta metodologia é recomendada em todas as transições de cuidados, independentemente do nível de assistência, com especial atenção para a transferência de informações em situações críticas ou vulneráveis.

Em relação à informação transmitida, observou-se que, após a implementação da metodologia ISBAR, os dados essenciais para uma transferência segura e continuidade dos cuidados passaram a ser comunicados de forma mais consistente e precisa, resultando numa melhoria na qualidade das transferências. Isto facilita um raciocínio mais ágil para a tomada de decisões, permitindo antecipar e gerir de forma eficaz o estado clínico da pessoa (Jacinto, 2019).

Em suma, e segundo Correia et al., 2024, a grande maioria dos estudos analisados comprova que a aplicação desta técnica permite a rápida tomada de decisões, estimula o pensamento crítico, reduz o tempo necessário para a transferência de informações, facilita a integração e consciencialização de novos profissionais, é de fácil memorização, reduz erros e discrepâncias, diminui erros técnicos e informações omitidas.

Transferências inadequadas podem resultar em problemas indesejáveis e comprometer a segurança da pessoa. A comunicação deficiente pode ser causada por fatores externos, como ruídos, interrupções e a pressão dos colegas para concluir rapidamente o processo (Fahajan et al., 2023).

O ISBAR deverá ser um instrumento diário de comunicação, com uma linguagem global, simples e eficiente dos cuidados de saúde.

O estudo e uso do ISBAR em ambiente extra-hospitalar é essencial para otimizar o tempo de resposta e a qualidade da comunicação, resultando num atendimento mais seguro e eficiente, especialmente em situações de alta pressão onde cada segundo conta.

3. Caso Clínico

Homem de 78 anos com quadro de dispneia e tosse com 2 dias de evolução, agravamento há 4h. Alta há 4 meses por infeção respiratória.

No local apresenta dispneia em repouso com uso de musculatura acessória, sibilância audível à auscultação. Extremidades cianosadas e frias.

Enfermeiro SIV coloca *ventimask* a 28% e administra 200mg de hidrocortisona e 2 puffs de brometo de ipatrópio e valida com médico regular.

Sinais vitais	Antes da intervenção	Depois da intervenção
Pressão arterial	150/90mmHg	135/85mmHg
Frequência cardíaca	110bpm	90bpm
Frequência respiratória	24cpm	20cpm
Saturação de oxigénio	84%	90%
Tempo de preenchimento capilar	>3s	>2s

Antecedentes: Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus tipo 2, DPOC, Fumador (30 anos, suspendeu há 5 anos)

Terapêutica habitual: Olmesartan, Metformina, CPAP noturno, Ventilan SOS

Nas seguintes tabelas está estruturada a organização da passagem de informação, segundo a mnemónica ISBAR.

Identificação	
Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação.	
Nome completo	██████████
Idade	78 anos
Género	Masculino

Situação Atual/Causa	
Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	
Data e hora	25 de outubro de 2024

	11h:00
Descrição do motivo atual	Dispneia com 2 dias de evolução, com agravamento nas últimas 4 horas

Antecedentes/Anamnese

Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.

Antecedentes	Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus tipo 2, DPOC, Fumador (30 anos, suspendeu há 5 anos)
Terapêutica habitual	Olmesartan, Metformina, CPAP noturno, Ventilan SOS
Diretivas Antecipadas de vontade	Desconhecido

Avaliação

Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas.

Problemas ativos	Dispneia, auscultação pulmonar, observam-se sibilos, cianose de extremidades, tosse produtiva
Terapêutica instituída	O2 por VM a 31% + 200mg de hidrocortisona + 2 puffs de brometo de ipatrópio
Evolução do estado de saúde	Evolução positiva. Menos polipneico e melhores saturações periféricas.

Recomendações

Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

Plano	Transporte para Hospital acompanhado pela SIV
--------------	---

4. Conclusão

A metodologia ISBAR é uma ferramenta altamente eficaz na promoção da segurança da pessoa, especialmente em momentos de transição de cuidados, que são reconhecidos como vulneráveis a falhas de comunicação. Ao proporcionar uma estrutura padronizada para a transmissão de informações, o ISBAR reduz a variabilidade na comunicação entre profissionais, assegurando que dados essenciais, como identificação, situação clínica, histórico, avaliação e recomendações, sejam transmitidos de forma clara, completa e organizada.

Essa padronização não apenas diminui o tempo de transferência de informação, mas também reduz significativamente o risco de omissões ou interpretações incorretas, que são causas frequentes de erros clínicos. Além disso, a facilidade de uso e memorização do ISBAR promove a sua integração em diferentes contextos, desde emergências até cuidados de rotina, facilitando a rápida adaptação de novos profissionais e favorecendo a colaboração em equipa.

Portanto, a implementação generalizada da técnica ISBAR deve ser considerada uma prioridade nas instituições de saúde, uma vez que contribui para a melhoria contínua da qualidade assistencial, fortalece a segurança e oferece suporte para decisões clínicas mais rápidas e informadas. O impacto positivo na redução de eventos adversos e na eficiência dos cuidados reflete o papel essencial do ISBAR como uma prática recomendada em cenários de alto risco e complexidade.

5. Referências Bibliográficas

Caselhas, S. (2020). *ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande* (Doctoral dissertation)

Chaica, V., Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. (2024, February). ISBAR: A Handover Nursing Strategy in Emergency Departments, Scoping Review. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 3, p. 399). MDPI

Correia, a. i. c., melo, m. e. g. a., de souza, l. m. m., & zangão, m. o. b. (2024). comunicação eficaz na transição dos cuidados em unidades de cuidados intensivos: método isbar. in *gestão em enfermagem baseada em evidências: prática, procedimentos e intervenções* (vol. 1, pp. 24-38). editora científica digital

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>

Fahajan, Y., Albelbeisi, A., Shnena, Y. A., Emad, O. J., Kweik, D. A., Kakemam, E., & Albelbeisi, A. H. (2023). Effect of ISBAR Clinical handover application on Nurses' Perception of Communication and Attitudes toward Patient Safety at Emirates Maternity Hospital in Gaza Strip, Palestine. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 33(5), 769-780

Jacinto, C. M. P. (2019). *Garantindo a transição segura de cuidados na sala de reanimação* (Master's thesis, Instituto Politecnico de Beja (Portugal))

Norma n.001/2017 de 08 de fevereiro do departamento de qualidade da saúde. (2017). Direção geral da saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Apêndice IV

ISBAR: Abordagem estruturada para uma comunicação segura em saúde: Apresentação



ÍNDICE

1. Introdução
2. ISBAR
3. Caso clínico
4. Conclusão
5. Referências Bibliográficas



INTRODUÇÃO

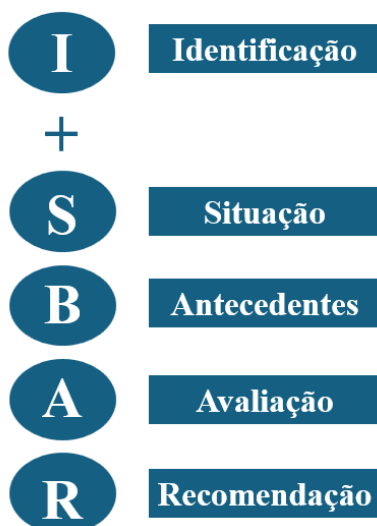
A segurança da pessoa é uma preocupação global que tem merecido intervenção das principais organizações científicas internacionais.

Desta forma, com o objetivo de padronizar as práticas de comunicação entre os profissionais, garantindo que as informações sobre as pessoas sejam transmitidas de forma precisa e oportuna, reduzindo desta forma os riscos de eventos adversos e, conseqüentemente, a mortalidade, surge a norma (001/2017) publicada pela DGS.

INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho tem como objetivos:

- Promover a segurança da Pessoa em Situação Crítica na transição de cuidados;
- Divulgar a metodologia ISBAR como método seguro e eficaz na transmissão de informação;
- Aplicar a metodologia ISBAR na transição de cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

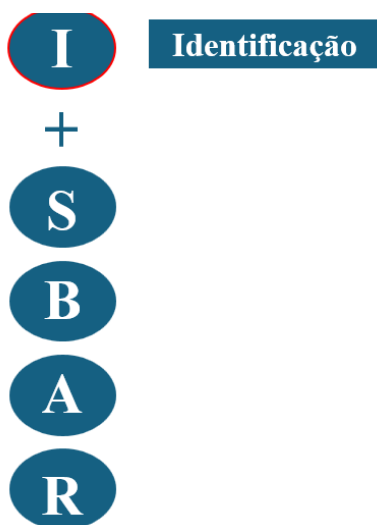


Esta técnica permite:

- Identificação dos envolvidos;
- Estado de saúde atual;
- Objetivos do tratamento;
- Plano de cuidados;
- Antecipação de eventos necessários ao tratamento;
- Planos de contingência devidamente justificados.

Garante-se a transmissão de um conjunto mínimo de informações essenciais para cuidados seguros e uma descrição precisa da condição da pessoa

(DGS, 2017)



Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação.

- ✓ Nome completo, data nascimento e nacionalidade da pessoa;
- ✓ Nome e função do Profissional de Saúde emissor;
- ✓ Nome e função do Profissional de Saúde recetor;
- ✓ Serviço de origem/destinatário;
- ✓ Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.

(DGS, 2017)

I
+
S
B
A
R

Situação

Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.

- ✓ Data e hora de admissão;
- ✓ Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;
- ✓ Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.

(DGS, 2017)

I
+
S
B
A
R

Antecedentes

Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.

- ✓ Antecedentes clínicos;
- ✓ Níveis de dependência;
- ✓ Diretivas antecipadas de vontade;
- ✓ Alergias conhecidas ou da sua ausência;
- ✓ Hábitos relevantes;
- ✓ Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; Técnicas invasivas realizadas;
- ✓ Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.

(DGS, 2017)

I
+
S
B
A
R

Avaliação

Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas.

- ✓ Problemas ativos;
- ✓ Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;
- ✓ Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;
- ✓ Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.

(DGS, 2017)

I
+
S
B
A
R

Recomendação

Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

- ✓ Indicação do plano de continuidade de cuidados;
- ✓ Informação sobre consultas e MCDT agendados;
- ✓ Identificação de necessidades do cuidador informal.

(DGS, 2017)

I
S
B
A
R

- Rápida tomada de decisões;
- Estimula o pensamento crítico;
- Reduz o tempo necessário para a transferência de informações;
- Facilita a integração e consciencialização de novos profissionais;
- Reduz o tempo necessário para a transferência de informações;
- Fácil memorização;
- Reduz erros e discrepâncias;
- Diminui erros técnicos e informações omitidas.

(Fahajan et al., 2023)

O estudo e uso do ISBAR em ambiente extra-hospitalar é essencial para otimizar o tempo de resposta e a qualidade da comunicação, resultando num atendimento mais seguro e eficiente, especialmente em situações de alta pressão onde cada segundo conta.

CASO CLÍNICO

Masculino de 78 anos com quadro de dispneia e tosse com 2 dias de evolução, agravamento há 4h. Alta há 4 meses por infeção respiratória. No local apresenta dispneia em repouso com uso de musculatura acessória, sibilância à auscultação. Extremidades cianosadas e frias. Enfermeiro SIV coloca ventimask a 28% e administra 200mg de hidrocortisona e 2 puffs de brometo de ipatropio.

Sinais vitais	Antes da intervenção	Depois da intervenção
Pressão arterial	150/90mmHg	135/85mmHg
Frequência cardíaca	110bpm	90bpm
Frequência respiratória	24cpm	20cpm
Saturação de oxigénio	84%	90%
Tempo de preenchimento capilar	>3s	>2s

Antecedentes: Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus tipo 2, DPOC, Fumador (30 anos, suspendeu há 5 anos)

Terapêutica habitual: Olmesartan, Metformina, CPAP noturno, Ventilam SOS

CASO CLÍNICO

I
S
B
A
R

IDENTIFICAÇÃO	
Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação.	
Nome completo	[REDACTED]
Idade	78 anos
Género	Masculino

CASO CLÍNICO

I
S
B
A
R

SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA	
Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	
Data e hora	25 de outubro de 2024 11h:00
Descrição do motivo atual	Dispneia com 2 dias de evolução, com agravamento nas últimas 4 horas

CASO CLÍNICO

I
S
B
A
R

ANTECEDENTES/ANAMNESE	
Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.	
Antecedentes	Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus tipo 2, DPOC, Fumador (30 anos, suspendeu há 5 anos)
Terapêutica habitual	Olmesartan, Metformina, CPAP noturno, Ventilador SOS
Diretivas Antecipadas de vontade	Desconhecido

CASO CLÍNICO

I
S
B
A
R

AVALIAÇÃO	
Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas.	
Problemas ativos	Dispneia, auscultação pulmonar, observam-se sibilos, cianose de extremidades, tosse produtiva
Terapêutica instituída	O2 por VM a 31% + 200mg de hidrocortisona + 2 puffs de brometo de ipatrópio
Evolução do estado de saúde	Evolução positiva

CASO CLÍNICO

I
S
B
A
R

RECOMENDAÇÕES	
Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	
Plano	Transporte para [REDACTED] acompanhado pela SIV

CONCLUSÃO

A metodologia ISBAR é uma ferramenta altamente eficaz na promoção da segurança da pessoa, especialmente em momentos de transição de cuidados, que são reconhecidos como vulneráveis a falhas de comunicação. Ao proporcionar uma estrutura padronizada para a transmissão de informações, o ISBAR reduz a variabilidade na comunicação entre profissionais, assegurando que dados essenciais, como identificação, situação clínica, histórico, avaliação e recomendações, sejam transmitidos de forma clara, completa e organizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chaica, V., Marques, R., & Pontifice-Sousa, P. (2024, February). ISBAR: A Handover Nursing Strategy in Emergency Departments, Scoping Review. *In Healthcare* (Vol. 12, No. 3, p. 399). MDPI.
- Caselhas, S. (2020). ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande (Doctoral dissertation).
- Correia, a. i. c., melo, m. e. g. a., de souza, l. m. m., & zangão, m. o. b. (2024). comunicação eficaz na transição dos cuidados em unidades de cuidados intensivos: método isbar. in gestão em enfermagem baseada em evidências: prática, procedimentos e intervenções (vol. 1, pp. 24-38). editora científica digital.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Planof%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Fahajan, Y., Albelbeisi, A., Shnena, Y. A., Emad, O. J., Kweik, D. A., Kakemam, E., & Albelbeisi, A. H. (2023). Effect of ISBAR Clinical handover application on Nurses' Perception of Communication and Attitudes toward Patient Safety at Emirates Maternity Hospital in Gaza Strip, Palestine. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 33(5), 769-780.
- Jacinto, C. M. P. (2019). Garantindo a transição segura de cuidados na sala de reanimação (Master's thesis, Instituto Politecnico de Beja (Portugal)).
- Norma n.001/2017 de 08 de fevereiro do departamento de qualidade da saúde. (2017). Direção geral da saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Apêndice V

“A comunicação e o suporte à família da pessoa em situação crítica em unidades de cuidados intensivos: uma revisão da literatura”

A COMUNICAÇÃO E O SUPORTE À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

"Communication and Family Support in Intensive Care Units: A Literature Review"

Diogo Luís Ribeiro Moura¹; Maria Amélia Dias Ferreira²

1 – Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

2 – Faculdade das Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa

RESUMO

A comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares das Pessoas em Situação Crítica (PSC) desempenha um papel fundamental na qualidade dos cuidados prestados e nas experiências por eles vivenciadas. Foi realizada uma revisão da literatura sobre estratégias de comunicação e suporte familiar em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), destacando a importância das intervenções estruturadas para a melhoria da percepção do cuidado, a experiência dos familiares e o alinhamento de expectativas em relação ao prognóstico.

Objetivo: ¹Analisar a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares das PSC e o ²suporte oferecido às famílias de pessoas internados em UCI, destacando os seus desafios e impactos no bem-estar emocional dos familiares.

Metodologia: Foi realizada uma revisão da literatura por meio da consulta a bases de dados científicas (MEDLINE, Scopus e PubMed), selecionando artigos publicados nos últimos 10 anos que abordam a comunicação entre profissionais de saúde e familiares, bem como estratégias de suporte emocional e informacional em UCI. Com esta revisão da literatura tenta-se dar resposta à seguinte questão de investigação: "De que forma a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares de pessoas internados em UCI influencia a experiência da família e a qualidade do suporte prestado?"

Resultados: Os estudos analisados indicam que a comunicação eficaz reduz significativamente o stresse, a ansiedade e a depressão dos familiares, além de melhorar a confiança na equipa que presta cuidados. Estratégias como reuniões estruturadas, atualizações regulares sobre o estado do familiar e suporte psicológico demonstraram impacto positivo na gestão de cada situação. No entanto, desafios como a falta de tempo dos profissionais, dificuldades emocionais e ausência de protocolos padronizados limitam a implementação de práticas mais humanizadas.

Conclusão: A comunicação eficaz e o suporte adequado às famílias são fundamentais para minimizar o stresse e a ansiedade decorrentes do internamento de um ente querido em estado crítico. Estratégias como reuniões multidisciplinares, escuta ativa e transparência na transmissão das informações contribuem para um melhor adaptação às situações. No entanto, ainda existem desafios na implementação de práticas padronizadas que garantam uma comunicação clara e humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação em saúde; Família; Cuidados intensivos; Enfermeiro

ABSTRACT

The communication between healthcare professionals and the families of people in critical situations (PSC) plays a fundamental role in the quality of care provided and the experiences they undergo. This article presents a literature review on communication strategies and family support in Intensive Care Units (ICU), highlighting the importance of structured interventions to improve care perception, family experience, and the alignment of expectations regarding prognosis.

Objective: ¹Analyze the communication between healthcare professionals and the families of critically ill patients, and ²the support provided to the families of individuals admitted to the ICU, highlighting the challenges and impacts on the emotional well-being of the families.

Methodology: A literature review was conducted through consultation of scientific databases (MEDLINE, Scopus, and PubMed), selecting articles published in the last 10 years that address communication between healthcare professionals and families, as well as emotional and informational support strategies in ICUs. This literature review aims to answer the following research question: "How does communication between

healthcare professionals and the families of ICU patients influence the family's experience and the quality of support provided?"

Results: The studies analyzed indicate that effective communication significantly reduces stress, anxiety, and depression in families, as well as improves trust in the care team. Strategies such as structured meetings, regular updates on the patient's condition, and psychological support have shown a positive impact on managing each situation. However, challenges such as lack of time for professionals, emotional difficulties, and the absence of standardized protocols still limit the implementation of more humanized practices.

Conclusion: Effective communication and adequate support for families are crucial in minimizing the stress and anxiety resulting from the hospitalization of a loved one in critical condition. Strategies such as multidisciplinary meetings, active listening, and transparency in conveying information contribute to better adaptation to these situations. However, challenges remain in implementing standardized practices that ensure clear and humanized communication.

KEYWORDS: Health communication; Family; Intensive care; Nurse

INTRODUÇÃO

A hospitalização de uma pessoa em situação crítica (PSC) numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) representa um momento de extrema vulnerabilidade, não apenas para o próprio, mas também para a sua família. Estes ambientes são frequentemente caracterizados por uma elevada complexidade clínica, onde as decisões terapêuticas devem ser tomadas de forma célere e eficiente. Para os familiares, este cenário pode ser avassalador, causando sentimentos de medo, incerteza e angústia (Davidson et al., 2017). Além disso, a limitação no contacto com a PSC e a exposição contínua a informações médicas complexas contribuem para o aumento do stresse emocional e psicológico dos familiares (Azoulay et al., 2005).

A comunicação pode ser definida como o processo de transmissão e receção de mensagens, que envolve a troca de informações, sentimentos e ideias entre indivíduos (Silva, 2021). A comunicação em enfermagem pode ser dividida em quatro categorias principais. A comunicação verbal baseia-se na linguagem falada e escrita, sendo essencial para a transmissão de informações entre profissionais de saúde, pessoas e familiares. A comunicação não verbal inclui expressões faciais, contacto visual e gestos, desempenhando um papel crucial na perceção das emoções e necessidades da pessoa. A comunicação escrita garante o registo estruturado de informações clínicas, assegurando a continuidade dos cuidados. Por fim, a comunicação tecnológica engloba o uso de plataformas digitais e sistemas eletrónicos para otimizar a troca de dados e melhorar a coordenação entre os profissionais de saúde (Silva et al., 2021).

A comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares é um dos principais determinantes da experiência da família no contexto da UCI. Estudos indicam que uma comunicação clara, transparente e humanizada pode ajudar a reduzir os níveis de ansiedade e stresse vivenciados pelos familiares, permitindo-lhes compreender melhor o

estado clínico do familiar e participar de forma mais ativa na tomada de decisões (Curtis et al., 2016). No entanto, quando a comunicação é inadequada, pode resultar em sentimentos de frustração, desconfiança e sofrimento acrescido para os familiares, prejudicando a sua adaptação à situação crítica do ente querido (Pinto et al., 2020).

Além da comunicação, o suporte oferecido pelas equipas de saúde desempenha um papel essencial no bem-estar dos familiares de pessoas internados em UCI. Este suporte pode ser prestado de diversas formas, incluindo o fornecimento de informações sobre o prognóstico, apoio emocional e orientação sobre os cuidados necessários após a alta hospitalar. A existência de estratégias institucionais que promovam um ambiente mais acolhedor para os familiares é fundamental para garantir um acompanhamento mais humanizado e eficaz (Schnock et al., 2017).

Dada a importância da comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares na UCI, esta revisão procura responder à seguinte questão de investigação: “De que forma a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares de pessoas internados em UCI influencia a experiência da família e a qualidade do suporte prestado?”

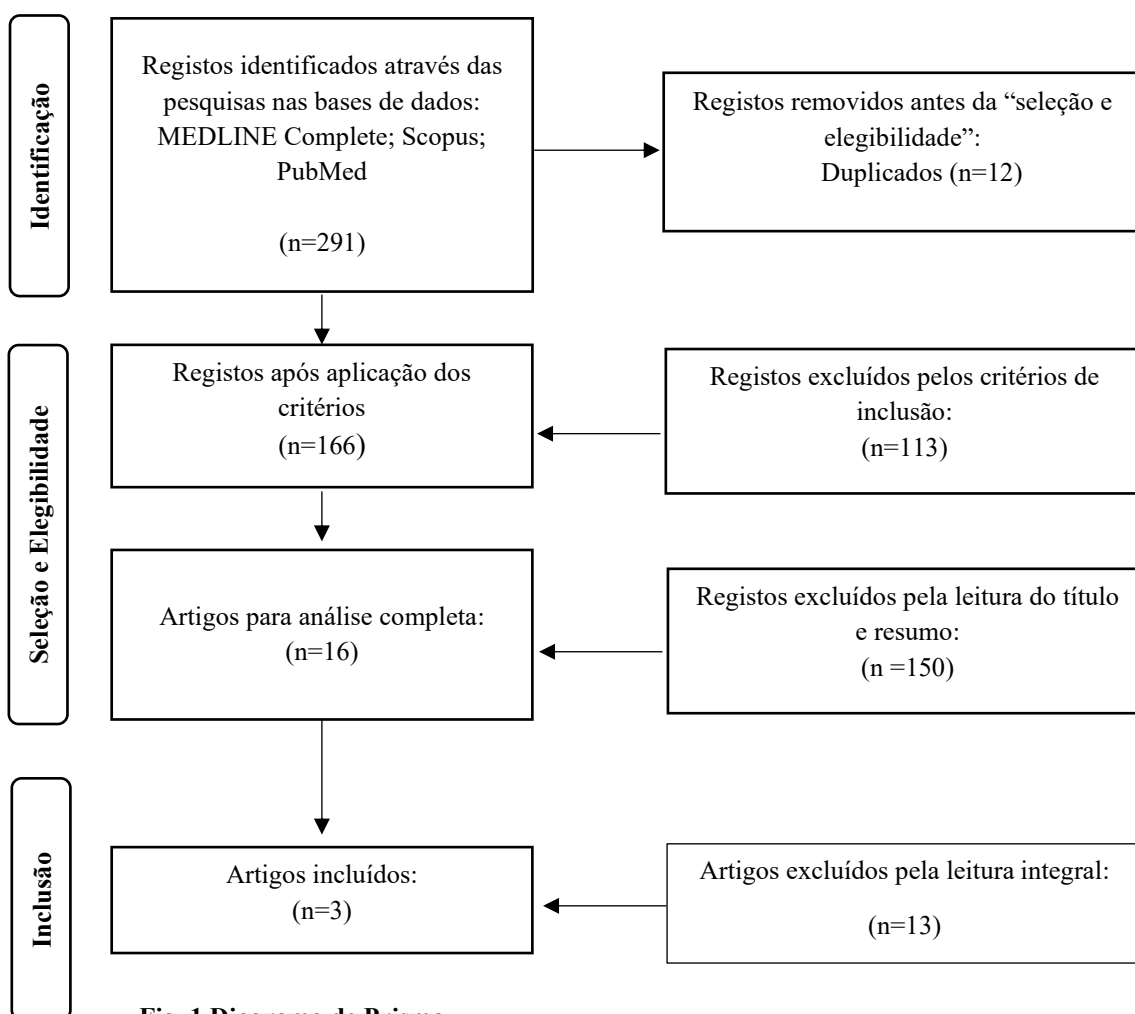
METODOLOGIA

Para estruturar a questão de investigação e garantir um foco claro na análise da literatura, utilizou-se a metodologia PICO: P (População/ Problema): Familiares de pessoas internados em UCI, I (Intervenção): Comunicação entre profissionais de saúde e familiares, C (Comparação): Ausência de estratégias estruturadas de comunicação ou práticas comunicacionais inadequadas, O (Outcomes/Resultados): Impacto na experiência dos familiares e na perceção da qualidade do suporte prestado. Desta forma, surge a seguinte questão de investigação: “De que forma a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares das pessoas internados em UCI influencia a experiência da família e a qualidade do suporte prestado?”.

Esta revisão da literatura seguiu os princípios metodológicos descritos por Fortin (2009), com o intuito de garantir rigor científico na seleção e análise das fontes. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *MEDLINE Complete*, *Scopus* e *PubMed*, utilizando os descritores MeSH “*Health communication*”, “*Family*”, “*Intensive care*” e “*Nurse*”, combinados com o operador booleano “*AND*”. A pesquisa decorreu nos dias 18 e 19 de janeiro de 2025.

Foram identificados inicialmente 291 artigos. Aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos 10 anos (2015-2025) e redigidos em inglês, português ou espanhol. Além disso, foram excluídos 12 artigos por duplicação nas bases de dados. Após a leitura dos resumos, 16 artigos foram selecionados para leitura integral. No entanto, apenas 3 artigos cumpriram integralmente os critérios de elegibilidade e foram incluídos na revisão final.

A estratégia de busca utilizada é apresentada na Figura 1, com base no diagrama PRISMA, detalhando o processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos analisados.



A análise dos artigos selecionados, apresentada nas seguintes tabelas de evidências seguiu uma abordagem qualitativa e descritiva, priorizando os estudos que abordam a comunicação entre profissionais de saúde e familiares no contexto da UCI. A extração de

dados foi realizada de forma sistemática, identificando-se os principais resultados, limitações e contribuições de cada estudo para a prática clínica.

TABELAS DE EVIDÊNCIAS

Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.005>

Autores	Pauline Wonga, Pranee Liamputtongb, Susan Kochc, Helen Rawsond
Ano/País	2015 – Austrália
Palavras-chave	Critical care; Critical care nursing; Family care; Professional-family relations; Qualitative studies; Nursing
Objetivos	Explorar as experiências das famílias de PSC nas suas interações com a equipa numa UCI Australiana.
Metodologia	O estudo utilizou o método da teoria fundamentada. Metodologia qualitativa.
Amostra e colheita de dados	Investigação qualitativa que adotou a abordagem da teoria fundamentada para a recolha e análise de dados. Foram entrevistadas 11 famílias entre 2009 e 2011.
Principais resultados	As interações vivenciadas pelas famílias das PSC centravam-se sobretudo em torno da procura e obtenção de informação. Uma análise mais aprofundada das entrevistas sugeriu que a equipa interagia de forma solidária devido às suas competências interpessoais e de comunicação. No entanto, as famílias também experienciaram interações sem apoio devido a uma comunicação deficiente.

Communicating with Patients' Families and Physicians about Prognosis and goals of Care

<http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015855>

Autores	By Michelle M. Milic, MD, Kathleen Puntillo, RN, PhD, Kathleen Turner, RN, BSN, Denah Joseph, MFT, Natalie Peters, RN, MSN, Rio Ryan, RN, MSN, Cathy Schuster, RN, BSN, Holly Winfree, RN, Jenica Cimino, BA, and Wendy G. Anderson, MD, MS
Ano/País	2015 - EUA
Palavras-chave	Não aplicável
Objetivos	Melhorar as competências e a confiança dos enfermeiros de cuidados intensivos para se envolverem em discussões com os familiares das PSC e com os médicos sobre o prognóstico e os objetivos do tratamento, utilizando uma intervenção educativa focada.
Metodologia	Foi desenvolvido um workshop de 8 horas para enfermeiros de cuidados intensivos. Foram definidas as principais funções e competências dos enfermeiros na comunicação sobre o prognóstico e os objetivos do tratamento. Os participantes responderam a inquéritos de satisfação antes do workshop e após 3 meses da sua aplicação.
Amostra e Colheita de dados	Participaram neste estudo 82 enfermeiros de cuidados intensivos, entre março de 2011 e abril de 2013.
Principais resultados	Em comparação com os resultados antes do workshop e depois do workshop, os enfermeiros reportaram maior capacidade e confiança para 14 questões do inquérito, incluindo a avaliação da compreensão das famílias sobre o prognóstico e os objetivos do tratamento, a satisfação das necessidades emocionais das famílias e a contribuição para as reuniões familiares. Os aumentos mantiveram-se 3 meses após workshop.

Identifying Information Resources for Patients in the Intensive Care Unit and Their Families

<https://doi.org/10.4037/ccn2017961>

Autores	Kumiko O. Schnock, RN, PhD Sucheta S. Ravindran, MS Anne Fladger, MLS, AHIP Kathleen Leone, RN, MBA Donna M. Williams, RN, MS, CCRN Cynthia L. Dwyer, RN, BSN Thanh-Giang Vu, MD Kevin Thornton, MD Priscilla Gazarian, RN, PhD
Ano/País	2017 - EUA
Palavras-chave	Não aplicável
Objetivos	Identificar conteúdos educativos para as PSC e família nas UCI, desenvolver uma base de dados de conteúdos gerais e organizar o conteúdo numa estrutura.
Metodologia	Foi recolhido conteúdo educativo para as PSC e família em 4 hospitais participantes e realizada uma análise de lacunas.
Amostra e colheita de dados	O conteúdo educativo foi organizado num percurso informativo dividido em 3 fases: chegada à UCI; compreender a UCI e a parceria nos cuidados e transições de UCI. A análise de lacunas revelou uma variação substancial no formato e nas categorias do conteúdo.
Principais resultados	Estruturar um centro de aprendizagem digital utilizando as diferentes fases da pessoa e família na UCI e colocação dos recursos no contexto de um percurso de informação pode ajudar a coordenar a educação destas pessoas, além de criar um guia de comunicação consistente.

RESULTADOS

Os estudos analisados demonstram que a comunicação entre os profissionais de saúde e familiares é um fator essencial para a redução do impacto emocional negativo associado à hospitalização em UCI.

Wong et al. (2015) destacam que os familiares valorizam especialmente a comunicação honesta e transparente, considerando-a um suporte emocional fundamental. Quando as informações são inconsistentes ou insuficientes, os níveis de ansiedade e stresse aumentam, prejudicando a adaptação à situação crítica de cada pessoa. Além disso, a falta de clareza pode gerar desconfiança em relação às equipas médicas, dificultando a colaboração entre profissionais e familiares. O estudo realça também quatro aspetos essenciais da comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares na UCI. Em primeiro lugar, o ambiente de cuidados centrado na família é fundamental para garantir que os familiares se sintam parte do processo de tratamento, sendo valorizadas abordagens colaborativas e empáticas. Em segundo lugar, a obtenção de informação é um fator crítico, pois os familiares necessitam de dados claros e acessíveis sobre a condição do seu familiar e os procedimentos adotados. A linguagem da comunicação também desempenha um papel crucial, uma vez que termos médicos complexos podem dificultar a compreensão das famílias, sendo necessário adaptar a linguagem para tornar as explicações mais acessíveis. Neste estudo, foi possível verificar as diferenças entre os familiares que receberam apoio na comunicação e aqueles que ficaram sem suporte de

comunicação, destacando que aqueles que receberam um acompanhamento mais estruturado relataram uma experiência menos angustiante e maior satisfação com os cuidados prestados. Estes fatores evidenciam a importância e necessidade de uma abordagem comunicacional adaptada às necessidades dos familiares para melhorar as suas experiências na UCI.

Milic et al., (2015) constataram que a capacitação dos profissionais de saúde para comunicar eficazmente com as famílias tem um impacto positivo na experiência dos familiares e na tomada de decisões. O estudo destaca o papel do enfermeiro de cabeceira. Este possui um contacto mais próximo e contínuo com a PSC e os seus familiares. Este profissional desempenha um papel crucial ao fornecer atualizações regulares sobre a condição da pessoa, esclarecer dúvidas e garantir que as necessidades emocionais da família sejam atendidas. Além disso, o enfermeiro de cabeceira pode atuar como um facilitador na comunicação entre a equipa médica e os familiares, ajudando a traduzir informações médicas complexas em linguagem acessível e compreensível. A formação em comunicação melhora a confiança dos enfermeiros ao abordar temas delicados, como o prognóstico e as opções de tratamento, proporcionando um ambiente de maior segurança emocional para os familiares. O estudo sublinha ainda que, quando os profissionais demonstram empatia e escuta ativa, a família sente-se mais incluída no processo de decisão e menos sobrecarregada emocionalmente. Além disso, foi observado que os familiares que recebem informações mais detalhadas sobre a condição da pessoa conseguem lidar mais facilmente com a incerteza e o sofrimento emocional associado ao internamento em UCI.

No terceiro estudo, os investigadores organizam a comunicação e o suporte informativo pelas diferentes fases do internamento da pessoa na UCI. Durante a admissão, os familiares enfrentam grande ansiedade e incerteza, sendo fundamental fornecer informações claras sobre o estado clínico do seu familiar. Para minimizar o impacto emocional, é essencial fornecer um guia do visitante, que contenha informações sobre o funcionamento da unidade, horários de visita, regras e direitos dos familiares. Além disso, a equipa deve realizar uma apresentação formal à família, explicando o estado clínico e os procedimentos esperados para o seu familiar. O uso de materiais educativos visuais e escritos pode ajudar a esclarecer dúvidas e reduzir a sensação de desorientação vivenciada pelos familiares. Na fase intermédia, a família enfrenta desafios contínuos relacionados com a evolução clínica, portanto é crucial fornecer atualizações regulares sobre a

condição da pessoa, utilizando uma linguagem acessível e adaptada ao nível de compreensão dos familiares. Temas essenciais a serem abordados incluem o controlo da dor, delírio, ventilação mecânica, uso cateter venoso central, úlceras de pressão e efeitos adversos, pois são fatores frequentemente presentes no contexto dos cuidados intensivos e que podem gerar angústia nos familiares. A implementação de reuniões estruturadas entre a equipa de saúde e os familiares permite esclarecer dúvidas, alinhar expectativas e promover um sentimento de envolvimento ativo no processo de cuidado. Além disso, a criação de um espaço de escuta ativa, onde os familiares possam expressar as suas preocupações e emoções, contribui para a humanização dos cuidados. Na fase de transição, seja para a alta hospitalar ou para outro nível de cuidados, a preparação da família é crucial. O fornecimento de informações sobre os cuidados pós-alta, reabilitação e apoio emocional são aspetos fundamentais para garantir uma continuidade de cuidados eficaz e reduzir a ansiedade dos familiares (Schnock et al., 2017).

DISCUSSÃO

A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os familiares de pessoas internados em UCI é um dos principais fatores que influenciam a experiência dessas famílias. Os resultados desta revisão indicam que a transparência e a clareza na transmissão de informações reduzem significativamente o nível de stresse e ansiedade dos familiares, permitindo-lhes participar de forma mais informada no processo de decisão (Wong et al., 2015). Além disso, os cuidados centrados na família mostraram-se essenciais para fortalecer a relação de confiança entre os profissionais de saúde e os familiares, o que pode melhorar a perceção global dos cuidados prestados.

O papel do enfermeiro de cabeceira, destacado por Milic et al. (2015), mostra-se crucial para garantir que os familiares tenham um canal de comunicação acessível e contínuo. Este profissional não só atua como mediador entre a equipa médica e os familiares, como também fornece suporte emocional e esclarece dúvidas ao longo do internamento. A capacitação dos enfermeiros em estratégias de comunicação foi apontada como um fator determinante para aumentar a confiança das famílias no tratamento oferecido à PSC.

Já Schnock et al. (2017) enfatizam a necessidade de adaptação da comunicação conforme as fases do internamento na UCI. No início, o foco está em fornecer informações básicas e esclarecer o funcionamento da unidade. No decorrer do

internamento, a comunicação deve evoluir para incluir atualizações sobre o prognóstico e o plano terapêutico, sempre considerando a capacidade emocional da família para lidar com essas informações. Por fim, a fase de transição exige um suporte mais direcionado para garantir que os familiares estejam preparados para cuidar do doente após a alta ou para lidar com um eventual desfecho desfavorável.

A falta de suporte estruturado na comunicação pode resultar em sentimentos de isolamento e frustração por parte dos familiares, conforme identificado no estudo de Wong et al. (2015). A ausência de um plano comunicacional claro pode levar a falhas na transmissão de informações, contribuindo para o aumento da ansiedade e dificultando a aceitação do estado clínico do familiar.

Portanto, os achados desta revisão reforçam a necessidade de implementar estratégias de comunicação mais eficazes e personalizadas nas UCI, incluindo a capacitação dos profissionais de saúde, a criação de materiais educativos acessíveis e a realização de reuniões estruturadas com os familiares.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Os enfermeiros de cabeceira desempenham um papel fundamental ao estabelecer uma relação de proximidade com os familiares, sendo frequentemente os principais mediadores entre a equipa médica e a família. A sua atuação vai além da prestação de cuidados diretos, abrangendo também o apoio emocional e suporte de informação à família.

A capacitação contínua dos enfermeiros em estratégias de comunicação deve ser uma prioridade nas instituições de saúde. O desenvolvimento de competências específicas na comunicação de más notícias, na escuta ativa e na empatia pode melhorar significativamente a experiência das famílias na UCI, reduzindo a ansiedade e promovendo um maior envolvimento no processo de tomada de decisão. Além disso, a implementação de programas de suporte institucional que valorizem o papel do enfermeiro no acolhimento dos familiares pode contribuir para um ambiente mais humanizado e colaborativo. Estratégias como reuniões estruturadas com a família, materiais educativos acessíveis e protocolos claros de comunicação devem ser incentivadas para garantir que os familiares recebam informações consistentes e compreensíveis ao longo da hospitalização.

Dessa forma, investir na capacitação e no fortalecimento do papel do enfermeiro na comunicação com os familiares pode resultar em melhores desfechos, promovendo um cuidado mais humanizado e eficaz dentro das UCI.

CONCLUSÕES

A comunicação eficaz e o suporte à família emergem como pilares fundamentais no cuidado à PSC internado na UCI. Esta revisão demonstrou que a qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares influencia diretamente o nível de ansiedade, a tomada de decisão e a experiência global da família durante o internamento. Estratégias como capacitação dos profissionais, utilização de materiais educativos acessíveis e implementação de reuniões estruturadas demonstraram-se eficazes na melhoria da comunicação e do suporte prestado.

Diante dos desafios identificados, recomenda-se que as instituições de saúde invistam em programas contínuos de formação para os profissionais, bem como na criação de protocolos de comunicação mais humanizados e adaptados às necessidades das famílias. Um ambiente de cuidados centrado na família, aliado a uma comunicação transparente e empática, pode promover uma experiência mais positiva para os familiares e contribuir para um desfecho mais humanizado nas UCI.

Esta revisão apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos seus resultados. Em primeiro lugar, a seleção dos artigos baseou-se num número restrito de estudos, o que pode não abranger todas as perspectivas sobre a comunicação e o suporte à família em UCI. Além disso, a revisão incluiu predominantemente estudos qualitativos, o que pode limitar a generalização dos achados para diferentes contextos clínicos. Outra limitação relevante é a falta de uma análise mais aprofundada sobre o impacto cultural e organizacional na comunicação entre profissionais de saúde e familiares, um fator que pode influenciar significativamente a experiência das famílias na UCI. Estudos futuros podem beneficiar da inclusão de metodologias quantitativas e de uma análise mais abrangente sobre as variáveis contextuais que influenciam a comunicação e o suporte às famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., ... & Schlemmer, B. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(9), 987-994. <https://doi.org/10.1164/rccm.200409-1295OC>

Curtis, J. R., Engelberg, R. A., Wenrich, M. D., Nielsen, E. L., Shannon, S. E., Treece, P. D., ... & Rubenfeld, G. D. (2016). Studying communication about end-of-life care during the ICU family conference: development of a framework. *Journal of Critical Care*, 34, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.01.010>

Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2017). Family response to critical illness: Postintensive care syndrome–family. *Critical Care Medicine*, 45(1), 62-68. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002168>

Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5ª ed.). Lusodidacta

Milic, M. M., Puntillo, K., Turner, K., Joseph, D., Peters, N., Ryan, R., ... & Anderson, W. G. (2015). Communicating with patients' families and physicians about prognosis and goals of care. *American Journal of Critical Care*, 24(4), e56-e64

Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J. C., & Amaral, A. F. (2020). Family-centered care in intensive care unit settings: A scoping review. *Nursing Ethics*, 27(5), 1256-1274. <https://doi.org/10.1177/0969733020909527>

Schnock, K. O., Ravindran, S. S., Fladger, A., Leone, K., Williams, D. M., Dwyer, C. L., ... & Gazarian, P. (2017). Identifying information resources for patients in the intensive care unit and their families. *Critical Care Nurse*, 37(6), e10-e16.

Silva, J. (2021). *Fundamentos da comunicação em enfermagem: Teoria e prática*. Editora Saúde & Ciência.

Silva, J., & Mendes, R. (2021). *Comunicação no contexto da enfermagem: Estratégias para uma prática eficaz*. Editora Lusófona.

Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(1), 51-63

Apêndice VI

“A comunicação e o suporte à família da pessoa em situação crítica em unidades de cuidados intensivos: uma revisão da literatura”

Poster

A COMUNICAÇÃO E O SUPORTE À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO DA LITERATURA

Diogo Luís Ribeiro Moura; Maria Amélia Dias Ferreira

VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem: “Comunicação em Enfermagem: A prática especializada para a excelência do Cuidar”



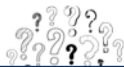
INTRODUÇÃO

- A hospitalização numa Unidade de Cuidados Intensivos impacta significativamente a pessoa em situação crítica e os seus familiares.
- O ambiente tecnologicamente avançado, a complexidade dos cuidados e a incerteza do prognóstico podem gerar ansiedade e sofrimento. A falta de estratégias estruturadas pode dificultar a adaptação dos familiares e aumentar o impacto emocional negativo (Davidson et al., 2017).

A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os familiares é essencial para um suporte adequado e humanizado.

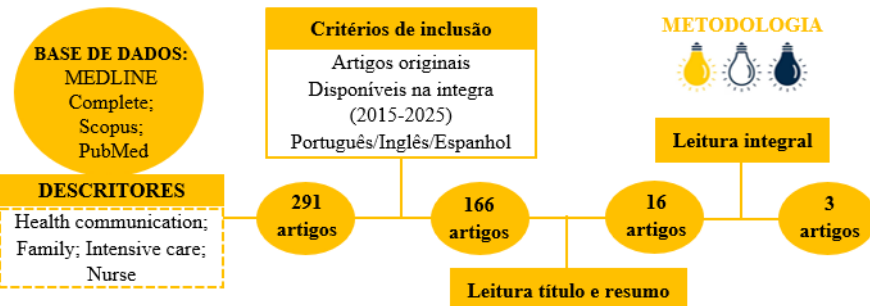
OBJETIVO

Analisar a comunicação entre os profissionais de saúde com os familiares das pessoas em situação crítica e o suporte oferecido às famílias de pessoas internadas em UCI, destacando os seus desafios e impactos no bem-estar emocional dos familiares.



QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

“De que forma a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares das pessoas internadas em UCI influencia a experiência da família e a qualidade do suporte prestado?”



RESULTADOS

- O ambiente de cuidados centrados na família permitem maior envolvimento dos familiares na tomada de decisão e na compreensão do estado clínico da PSC. A comunicação acessível e um ambiente acolhedor são fundamentais para reduzir o impacto emocional negativo (Wong et al., 2015).
- O enfermeiro de cabeceira desempenha um papel central na comunicação, garantindo a transmissão de informações de forma clara e frequente, reduzindo a ansiedade dos familiares (Milic et al., 2015).
- Organização da comunicação com os familiares em fases distintas (Schnock et al., 2017):
 - Admissão: Guia do visitante e explicação do funcionamento da unidade;
 - Internamento: Informação estruturada sobre dor, delírio e ventilação mecânica;
 - Transição: Comunicação sobre alta hospitalar ou continuidade dos cuidados.



CONCLUSÕES

Comunicação

A Comunicação estruturada e humanizada entre profissionais e familiares reduz o impacto emocional negativo.

Enfermeiro

O enfermeiro de cabeceira desempenha um papel crucial na facilitação do processo, sendo essencial investir na capacitação para a comunicação eficaz e o suporte emocional.

Estratégias

Reuniões familiares formais; Materiais educativos acessíveis; Protocolos institucionais para garantir cuidados humanizados.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

- Formação contínua dos profissionais de saúde em métodos de comunicação;
- Desenvolvimento de materiais informativos acessíveis para familiares;
- Implementação de protocolos de comunicação estruturada;
- Inclusão do enfermeiro de cabeceira como referência para suporte familiar.

